

返信用 FAX 用紙（送付文不要）

上越総合病院 地域連携センター 宛

上越総合病院 ACP 症例検討会

事業所名 _____

連絡先： _____

参加される方は下記にご記入下さい。

氏 名	役職・職種

※準備の都合上お手数ですが、5月14日（火）までにFAXにてご連絡下さい。

FAX：025-524-3313

要望、連絡事項がありましたら下記にご記入下さい。

--