

神奈川県立こども医療センター

地域医療連携室宛

FAX 045-710-1933

地域医療支援事業研修会

「子どもの発達障害と精神疾患の理解」

申込書

☆ 施設名 : _____

TEL : _____

Fax : _____

Mail : _____

☆ お名前 : _____

☆ 職 種 : 医師、看護師、事務職、その他 (_____)

締め切り **2017年10月20日(金)**

〒232-8555 横浜市南区六ッ川2-138-4

TEL 045-711-2351