

令和7年度 第2回肝臓病教室 申し込みフォーム（FAX送信用）

氏名

お電話番号

メールアドレス

※個人情報保護法に基づき、皆様の個人情報を適切に管理し、漏洩防止に努めます。

※定員に達した場合はお電話もしくはメールでご連絡させていただく場合がございます。
ご了承くださいませ。

FAX送信先

088-880-2653

（高知大学医学部附属病院医事課 溝渕）

