



申込先 FAX 03-5217-0898

「診療報酬改定の動向 ～急性期医療を提供する医療機関はいかに対応するか～」

申込日：平成 29 年 月 日

医療機関名	TEL		
	FAX		
住所	〒		
参加者	氏名	部署・役職	職種

☆ 申込に係る個人情報 は法令に則って取り扱い、研修会に関する連絡等に使用します。  
 【平成 30 年度診療報酬改定の動向】 20171129