

Fax 送信票

ご施設名 ()

氏名	ユーザー会	懇親会
	参加・不参加	参加・不参加
	参加・不参加	参加・不参加
	参加・不参加	参加・不参加
	参加・不参加	参加・不参加

※懇親会会費 5,000円程度

※上記記入の上、下記宛へご返信ください。メールでも可。

×切 平成30年5月18日(金)

済生会山口総合病院 放射線部 大平 知之

Fax : 083-901-6142

Mail : ctmr@yamaguchi.saiseikai.or.jp

アンケートご協力をお願い

皆様の現状を把握するために、アンケートを実施することになりました。

整形領域におけるご質問、その他の質問もお待ちしております。下記メールまでお送りいただけますと大変助かります。×切 平成30年5月18日(金)

ご意見	使用装置列数

Mail : ctmr@yamaguchi.saiseikai.or.jp