＜岩手県立南光病院 講師派遣依頼受付確認書＞

　ご依頼いただきまして、誠にありがとうございます。

受付確認書をお送り致します、下記内容をご確認ください。

記

1．研修名

2．日時

3．会場

4．派遣依頼講師

5．対象者

6．内容

以上

【お問い合わせ先】

岩手県立南光病院・

TEL：0191-23-3655

FAX：0191-23-9690

E-mail：

【お申し込み・お問い合わせ先】

岩手県立南光病院　地域生活支援連携室　相談室

TEL：0191-23-3655

FAX：0191-23-9690

E-mail：