

模擬診療記録研究会参加申込書

申し込み年月日		利用開始予定日	
施設名			
部署名			
申込者氏名			
連絡先住所	〒		
連絡先	メール		
	電話番号		
目的			
模擬診療記録研究会規約に同意します。			印
メーリングリストに登録することを承諾します。			印

申込書送付先

FAX 0287-24-3190

〒324-8501

栃木県大田原市北金丸 2600-1

国際医療福祉大学 情報教育室

石川 徹

e-mail: ishi@iuhw.ac.jp

HomePage: <http://ehr-renkei.iuhw.ac.jp>