

FAX 024-549-3126

福島医大 輸血・移植免疫部
小野 智 宛て

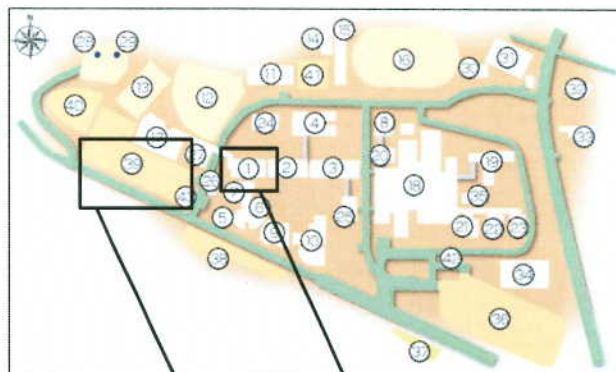
平成 25 年度県北支部輸血検査研究班研修会 参加申込書

施設名

会員番号	氏名	会員番号	氏名

*2013 年 6 月 14 日 (金) までにご送付ください。

福島医大マップ



会場:4号館 4階 会議室

駐車場は看護学部前駐車場をご利用ください