

# FAX.03-3239-7585

“病院包括チェックプログラム”に

- 興味がある
- 一度説明を聞いてもよい
- 将来的課題として考える

現在貴病院が抱えておられる問題等

-----  
ご意見ほか

【送信元】

医療法人名：

氏 名：

部署・役職：

電 話：

F A X：

E - M a i l：