鹿児島市医師会

質 問 票

以下のとおり質問いたします

記載日：　　年　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区 |  | | 支部 |  |
| 医療施設名 | |  | | |
| 氏　　名 | |  | | |
| タイトル | |  | | |
| 内　　容 | |  | | |

※回答には日数を要する場合がございますのでご了承ください。

【返送先ＦＡＸ】**０９９－２２５－６０９９**