

青森県透析医会 入会申込書

FAX送信先 : 017-723-1118

施設名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
E-mail アドレス	
担当者氏名	

青森県透析医会 事務局

〒030-0801

青森市新町2丁目1番13号

村上新町病院

TEL 017-723-1111