

2016年10月19日(水) 第5回帝京弁膜症セミナー 参加申し込み用紙 FAX番号 03-3964-9849

参加ご希望の方はこちらの用紙に必要事項をご記入の上
FAXにてお申し込みください。

ご施設名	
地区	板橋区・北区・練馬区・豊島区・埼玉・その他()
職種	医師・薬剤師・看護師・検査技師・栄養士・他()
お名前	
連絡先(電話番号or E-mail)	
ご施設名	
地区	板橋区・北区・練馬区・豊島区・埼玉・その他()
職種	医師・薬剤師・看護師・検査技師・栄養士・他()
お名前	
連絡先(電話番号or E-mail)	
ご施設名	
地区	板橋区・北区・練馬区・豊島区・埼玉・その他()
職種	医師・薬剤師・看護師・検査技師・栄養士・他()
お名前	
連絡先(電話番号or E-mail)	

***大変お手数ですが、10月14日(金)までに
お申し込みいただきますようお願い申し上げます。**

～公共機関をご利用下さい～

- JR埼京線 十条駅(徒歩10分)
- 都営地下鉄都営三田線 板橋本町駅(徒歩13分)
- 国際興業バス
王子駅⇔板橋駅 帝京大学病院前下車
赤羽駅西口⇔王子駅 上十条4丁目下車(徒歩3分)
赤羽駅東口⇔高円寺駅 姥ヶ橋下車(徒歩5分)
王子駅⇔上板橋 姥ヶ橋下車(徒歩5分)

**連絡先: 帝京大学医学部附属病院 医療連携室
TEL:03-3964-9830 FAX:03-3964-9849**

