

2018年6月7日(木) 第1回城北消化器連携セミナー 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	
職種	医師・その他 ()
ご氏名	
ご連絡先 (電話番号 or E-mail)	
ご施設名	
地区	
職種	医師・その他 ()
ご氏名	
ご連絡先 (電話番号 or E-mail)	
ご施設名	
地区	
職種	医師・その他 ()
ご氏名	
ご連絡先 (電話番号 or E-mail)	



※大変お手数ですが、5月31日(木)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。

<池袋駅からのアクセス>

- JR池袋駅メトロポリタン口より徒歩1分
- 池袋駅西口より徒歩3分

<お車でのアクセス>

- 首都高速 北池袋インターより7分 / 護国寺インターより7分 / 東池袋インターより7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