

参加申し込み用紙

FAX 番号 03－3964－9342

参加ご希望の方はこちらの用紙に必要な事項を
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・他()
職種	医師・看護師・薬剤師・他()
お名前	
ご連絡先（電話番号or E-mail）	
ご施設名	
地区	板橋区・北区・練馬区・豊島区・他()
職種	医師・看護師・薬剤師・他()
お名前	
ご連絡先（電話番号or E-mail）	
ご施設名	
地区	板橋区・北区・練馬区・豊島区・他()
職種	医師・看護師・薬剤師・他()
お名前	
ご連絡先（電話番号or E-mail）	

連絡先：帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター事務局

TEL: 03－3964－3091 FAX : 03－3964－9342