

2016年6月30日（木）間脳下垂体 病診連携研究会
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、6月24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）

会場 2階 会議室⑤

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