

# 2016年8月26日(金) 第8回城北エリア胸部疾患研究会 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                      |            |
| 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、8月23日(火)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