

## 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な事項を  
ご記入の上 FAX にてお申込ください

ご施設名	
地区	板橋区・北区・練馬区・豊島区 戸田市・蕨市・川口市・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 戸田市・蕨市・川口市・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 戸田市・蕨市・川口市・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 医療連携室

TEL: 03-3964-9830 FAX: 03-3964-9849