

2013 年 7 月 11 日（木）第 19 回城北糖尿病セミナー

参加申し込み用紙

F A X 番 号 0 3 - 3 9 6 4 - 9 8 4 9

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 F A X にてお申し込みください。

ご施設名	
地区	
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	
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	
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）	

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