

2013年12月12日(木)
城北エリア皮膚科医療連携会
 参加申し込み用紙
 FAX番号 03-3964-9849

☆参加申し込みいただきました先生方へは交通手配(タクシーチケット)を持参いたします。

ご施設名	
地区	板橋・北・練馬・豊島・足立・川口・蕨・戸田・その他()
職種	医師 ・ 他()
お名前	
連絡先(電話番号or E-mail)	
ご施設名	
地区	板橋・北・練馬・豊島・足立・川口・蕨・戸田・その他()
職種	医師 ・ 他()
お名前	
連絡先(電話番号or E-mail)	
ご施設名	
地区	板橋・北・練馬・豊島・足立・川口・蕨・戸田・その他()
職種	医師 ・ 他()
お名前	
連絡先(電話番号or E-mail)	

※メールにて参加申し込みされる際は『城北エリア皮膚科医療連携会参加希望』と明記の上
 上記項目をご記載いただき下記アドレスへメールいただきますようお願いいたします。

renkei@med.teikyo-u.ac.jp



***大変お手数ですが12月6日までに
 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