

2014年1月23日(木)城北肝疾患カンファレンス 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・他()
職種	医師・その他()
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・他()
職種	医師・その他()
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・他()
職種	医師・その他()
お名前	
連絡先(電話番号or E-mail)	



※大変お手数ですが、1月20日(月)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。

■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
JR、東武東上線、西武池袋線、東京メトロ有楽町線・丸ノ内線 各線

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