

2014年2月7日(金)
城北 整形外科・内科 合同セミナー
～腰痛診療のピットフォール～

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にてお申し込みください。

ご施設名	
地区	板橋区・北区・練馬区・豊島区・その他()
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・その他()
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・その他()
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31日(金)までにお申し込み頂けると幸いです

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