

参加申し込み用紙

FAX 番号 03-3579-5025

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 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 帝京がんセンター事務局

TEL: 03-3964-3091 FAX: 03-3579-5025