2015年11月5日(木)第4回城北地区フットケア研究会
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・足立区・埼玉県・他(　　)
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	板橋区・北区・練馬区・豊島区・足立区・埼玉県・他(　　)
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	板橋区・北区・練馬区・豊島区・足立区・埼玉県・他(　　)
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)	

※大変お手数ですが、11月2日(月)までに
お申しみいただきますようお願い申し上げます。

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