

2019年11月14日(木) 帝京弁膜症セミナー

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・埼玉・その他()
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・埼玉・その他()
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11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。**



※所要時間は日中平常時、最短時間の目安となっておりますので、時間帯や道路状況により異なります。

① タクシーをご利用の場合 ② バスをご利用の場合 ③ 徒歩の場合