

令和2年1月21日（火）第4回城北消化器連携セミナー 参加申し込み用紙

F A X 番 号 0 3 - 3 9 6 4 - 9 8 4 9

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
F A Xにてお申し込みください。

ご施設名	
地区	
職種	医師・その他 ()
ご氏名	
ご連絡先 (電話番号 or E-mail)	
ご施設名	
地区	
職種	医師・その他 ()
ご氏名	
ご連絡先 (電話番号 or E-mail)	
ご施設名	
地区	
職種	医師・その他 ()
ご氏名	
ご連絡先 (電話番号 or E-mail)	



※大変お手数ですが、1月14日（火）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。

＜池袋駅からのアクセス＞

- 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

＜お車でのアクセス＞

- 首都高速 北池袋インターより7分／護国寺インターより7分／東池袋インターより7分

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