

令和2年1月30日(木) 城北地区地域医療連携セミナー

～泌尿器疾患でお困りのケースは是非ご相談ください～

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	
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24日(金)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