

FAX

第17回 成育在宅医療懇話会
(顔の見える会)

【送信先】

FAX 03-5494-7682

国立成育医療研究センター
医療連携・患者支援センター医療連携室

申込は平成29年12月8日(金)までをお願いいたします。

代表者様には、左欄にチェック印をご記入頂けます様をお願いいたします。

第17回 成育在宅医療懇話会 参加申込書

送信日 平成 29 年 月 日

所属機関

電 話

F A X

e-mail (代表者様)

✓印	所属部署	職種	氏名 (フリガナ)

【連携に関するご意見等お寄せください】

※ 満席の場合には事務局よりご連絡いたします。参加の可否等のお問合せはご遠慮いただきますようお願い申し上げます。

今後の懇話会のご案内は順次メールに移行させて頂きたいと考えております。差し支えなければ、e-mail のアドレスをご記入ください。既にメールアドレスのご登録されている場合には不要です。