

# FAX

## 第 29 回 成育臨床懇話会

### 【送信先】

TEL (代表) FAX  
03-3416-0181 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 9 月 8 日 (金) までをお願いいたします。

ご参加頂けます方は、下記ご記入のうえ FAX にて送信頂けますようお願い申し上げます。なお、必要時ご連絡させて頂きます代表者様には、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 30 回 成育臨床懇話会

### 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

✓印	所属部署	職種	氏名

【連携に関するご意見等お寄せください】

今後の懇話会のご案内は順次メールに移行させていただ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(代表者のみ)をご記入ください。メールが届かない場合は、FAX にて アドレスを確認させていただくこともございます。明確にご記入いただきますようご協力のほどお願いいたします。