

# 「第15回京都市立病院地域医療フォーラム」 参加申込票

送付先 京都市立病院 地域医療連携室 宛  
FAX番号 075-311-9862

○以下、御記入ください。

平成23年 月 日

所属医師会名			
医療機関・施設名称			
御住所	〒      ー		
御芳名	職 種	地域医療フォーラム 御参加	情報交換会 御参加
医師・看護師・その他(      )		有 ・ 無	有 ・ 無

○複数で御参加の場合は、御記入ください。

御芳名	職 種	地域医療フォーラム 御参加	情報交換会 御参加
	医師・看護師・その他(      )	有 ・ 無	有 ・ 無
	医師・看護師・その他(      )	有 ・ 無	有 ・ 無
	医師・看護師・その他(      )	有 ・ 無	有 ・ 無
	医師・看護師・その他(      )	有 ・ 無	有 ・ 無

※誠に恐れ入りますが、**8月31日(水)**までにお申し込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。

お問い合わせ先 : 京都市立病院 地域医療連携室 電話:075-311-5311(内線2115) FAX:075-311-9862
---