

「第16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24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、平成24年1月31日(火)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。

お問合せ先 : 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