

# 「第22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**

年 月 日

※以下にご記入ください

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

※複数でご参加の場合は、以下にご記入ください

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

誠に恐れ入りますが、**平成27年8月28日(金)**までにお申込みいただきますよう  
よろしく願いいたします。

お問合せ先:京都市立病院 地域医療連携室  
電話番号:075-311-5311(内線2115)  
FAX:075-311-9862