

「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

※以下にご記入ください

年 月 日

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