

「第32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 患者支援センター 地域連携室 宛

FAX番号 075 - 311 - 9877

E-mail renkei@kch-org.jp

申込締切 令和3年 9月10日(金)

(会場参加 1点)

(オンライン参加 1点)

○以下にご記入ください。

年 月 日

医療機関・施設名	
住 所	〒 -
電話番号	
ふりがな	
お名前	
職 種	医師(科)・看護師・相談員・その他()
メールアドレス※	@

※オンライン参加の場合は、必ずメールアドレスを記載してください。

※後日招待メールをお送りしますが、転送はご遠慮いただいております。複数のオンライン参加の場合は各メールアドレスの記載をお願いします。

○複数でご参加の場合は、以下にご記入ください。

ふりがな	
お名前	
職 種	医師(科)・看護師・相談員・その他()
メールアドレス※	@
ふりがな	
お名前	
職 種	医師(科)・看護師・相談員・その他()
メールアドレス※	@

お問合せ先：京都市立病院 患者支援センター 地域連携室
電話番号 075-311-5311(内線2107)
FAX番号 075-311-9877