

王子生協病院 地域連携室 宛

FAX:03-3912-6226

地域包括ケア病棟連携の会 申込み用紙

ふりがな	
事業所名	: _____
連絡先	: _____
参加者	
備考	

上記を記載の上、FAXにて担当者までお申し込みください。

会場の関係で人数を制限する場合があります、やむを得ずお断りする場合がございますので、ご了承ください。

申し込み欄が足りない場合はこちらの用紙を印刷してお使いください。

会議室は別棟となっております。当日、掲示にてご案内を出しますが、ご不明な際は病院受付へお声かけください。

申し込み締め切り : 10月14日(火)

問い合わせ先・連絡先
王子生協病院 地域連携室
TEL:03-3912-2201
FAX:03-3912-6226