

FAX 番号 : 0422-32-3135 (24 時間受付)



東京都肝疾患診療連携拠点病院
令和3年度
第1回医療従事者肝疾患研修会
<FAX 申込書>
武蔵野赤十字病院3番館1階 山崎記念講堂
〔東京都武蔵野市境南町 1-26-1 〕

下記必要事項を記入し FAX にてご送信ください。(申込締切日: 6/21)

* 締切日を過ぎてからのお申し込みは必ずお電話にてお願い致します。

前日までに受付確認をメールにてご送付致します。メールアドレスは明確にご記入下さい。

また、修了証はご記入いただいたご住所に後日郵送致します。

同伴者の方の修了証の送付先が異なる場合は、通信欄にご記入下さい。

ご施設名	
ご所属	
代表参加者 ご氏名	(ふりがな) 医師・看護師・その他 ()
修了証 送付先	〒 _____ 勤務先・ご自宅
連絡先	(TEL) _____ (FAX) _____
	(E-mail) _____
受講方法	会場参加 ・ WEB 参加 (どちらかに○をつけて下さい)
同伴参加者 ご氏名①	(ふりがな) 医師・看護師・その他 ()
同伴参加者 ご氏名②	(ふりがな) 医師・看護師・その他 ()
通信欄	

研修会についての問合せ先：武蔵野赤十字病院肝疾患相談センター

0422-32-3135 (月～金・9:30～16:00)

当日の緊急連絡先：080-7743-6207 (担当者携帯電話)