

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8年度

第1回医療従事者肝疾患研修会 ＜FAX 申込書＞

会場 / TKP 新宿西口カンファレンスセンター
カンファレンスルーム 9E
東京都新宿区西新宿 1-10-1
ヨドバシ新宿西口駅前ビル 9 階

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：令和8年6月23日（火）】

* 締切日を過ぎてからのお申し込みは
お電話にてお願いします。

＜お願い＞

* 申し込み後、受付確認メールをお送りいたします。メールアドレスははっきりとご記入下さい。

迷惑メール防止等を設定されている方は、ドメイン@musashino.jrc.or.jpを受信できるように設定をお願いいたします。

その他、連絡事項がございましたら通信欄にご記入下さい。

施設名	
施設住所	〒
参加者氏名	(ふりがな) 医師・看護師・その他 ()
連絡先	(TEL) (FAX)
	(E-mail)
参加方法	会場参加 ・ WEB 参加 (どちらかに○をつけて下さい)
カリキュラムコード送付 (医師のみ)	<input type="checkbox"/> 要 → データ (メール) ・ 紙 (郵送) (どちらかに○をつけて下さい) <input type="checkbox"/> 不要
修了証書の送付 (全員)	<input type="checkbox"/> 要 → データ (メール) ・ 紙 (郵送) (どちらかに○をつけて下さい) <input type="checkbox"/> 不要
送付先 (カリキュラムコード・修了証書)	※上記の施設住所とは別の住所に郵送をご希望する場合はこちらに郵送先をご記入下さい。 〒
同伴参加者氏名	(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：担当者携帯電話

080-7743-6207 (対応時間 当日 12:00～16:00)