



申込先 FAX 03-5217-0898

東京都病院協会 トップセミナー（29年度第1回）申込書

申込日：平成 29 年 月 日

医療機関名			TEL	
			FAX	
住 所	〒			
参加者	役 職		お名前	
事務連絡 担当者 (必ずご記入 ください)	部 署		お名前	
	役 職		TEL	

☆申込に係る個人情報 は法令に則って扱い、研修会に関する連絡に使用します。