「第22回東福寺がん診療連携ワークショップ」
参加申込票

送付先　京都第一赤十字病院　地域医療連携室　宛

（　ＦＡＸ番号　**075-533-1307**　）

年　　月　　日

所属医師会名	
病 医 院 名	病　院 医　院 診療所 クリニック
ご　住　所	〒　　－
ワークショップへの参加　　有　・　無	

ご 芳 名	職　種	懇親会への参加
	医師・看護師・その他（　　）	有　・　無

※複数で参加される場合

	医師・看護師・その他（　　）	有　・　無
	医師・看護師・その他（　　）	有　・　無
	医師・看護師・その他（　　）	有　・　無

準備の関係上、できるだけ5月31日（金）までにお申し込みいただきますようお願いいたします。
※当日参加につきましても、歓迎いたしますので、お誘い合わせの上、お越しください。

お問い合わせ●京都第一赤十字病院　がん診療推進室
電話代表:075－561－1121(代)（内線3715）