

「第23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**)

令和 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	〒 ー	
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**12月5日(木)**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、お越してください。

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) (PHS・1786)

