北里研究所病院医療連携室　　宛
FAX （03）5791-6344

平成　　年　　月　　日

| 発　　信　　者 |
| --- |
| （郵便番号）〒<br>（ご住所）<br>（貴施設名）<br>（ご担当者）<br>（電話番号） |

北里研究所病院産業衛生談話会（10/2開催）に

１　出席します

２　欠席します

＊該当する番号に〇をつけて下さい

出席者氏名　　（職種名もご記入下さる様お願い致します）

＊　テーマ（内容）に対してご要望がありましたら、ご記入下さい。