

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) 〒
(ご住所)
(貴施設名)
(ご担当者)
(電話番号)

北里研究所病院医療連携談話会 (2/5開催) に

- 1 出席します
- 2 欠席します

\* 該当する番号に○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。