

FAX**第 19 回 成育在宅医療懇話会
(顔の見える会)****【送信先】****FAX 03-5494-7682**国立成育医療研究センター
医療連携・患者支援センター医療連携室

申込は平成 30 年 12 月 7 日 (金) までをお願いいたします。

代表者様には、左欄に✓印をご記入頂けます様をお願いいたします。

**第 19 回
成育在宅医療懇話会
参加申込書**

送信日 平成 30 年 月 日

所属機関

電 話

F A X

e-mail (代表者様)

✓印	所属部署	職種	氏名 (フリガナ)	受講証希望※
				有 ・ 無
				有 ・ 無
				有 ・ 無
				有 ・ 無

※日本小児科学会小児科領域講習の受講認定証発行は有料(2,000 円/人)となりました。希望者には別途振込みのご案内を FAX にいたします。受講証希望欄に希望の有無をご記入ください。

【連携に関するご意見、または講演内容に関するご質問等をお寄せください】

満席の場合には事務局よりご連絡いたします。

参加の可否等のお問合せはご遠慮いただきますようお願い申し上げます。

今後の懇話会のご案内は順次メールに移行させて頂きたいと考えております。差し支えなければ、e-mail のアドレスをご記入ください。既にメールアドレスを登録されている場合には不要です。