

学術講演会申込書

送信先：町田市医師会 事務局（FAX：042-722-5549）

ご希望の 学術講演会番号	
-----------------	--

参加方法	会場 ・ オンライン (あてはまる項目に○をお願いします)
------	----------------------------------

施設名	医療機関 ・ 薬局 ・ 訪問看護ステーション ・ その他 (あてはまる項目に○をお願いします)
-----	--

	氏名： 電話番号： FAX番号： メール：
--	--------------------------------

参加予定者氏名		職種
		職種
		職種
		職種
		職種

※会場は定員制のため、先着順でのお申込み受付となります。

※町田市医師会館へのお車でのご来館は、駐車スペースがございませんのでご遠慮願います。

お車でお越しの際には、近隣のコインパーキングなどをご利用ください。

※当日、受付の際に本人確認を行う場合がございますので、あらかじめご了承ください。