参加申込書

FAX　047-439-0737（船橋市立医療センター）

船橋市立医療センター  
第9回　地域医療連携フォーラム（9月12日（木）19:30）

医療機関等名称

※講演会終了後、20時30分頃より同会場にて簡単な交流会を開催いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　種 | 出席の有無を○☓で記入ください。 | | |
| 講演会 | | 交流会 |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

交流会参加費　1,000円

申込書を受理しましたら、FAXでお返事をいたします。

貴医療機関　FAX番号　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名