

第2回 明理会東京大和病院 病診連携の会

日時：2025年9月17日(水) 19:00~20:30

【お申込み＆お問い合わせフォーム】

【参加申込方法】

①Web申込フォーム：右のQRコードよりお申込みください。



申込フォーム

②FAX申込書

裏面の申込用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてご送付ください。

【お問い合わせ】

yamato.renkei@ims.gr.jp宛にメール、
もしくは03-5943-2424（地域医療連携室）
にお電話にてご連絡ください。



お問い合わせフォーム

【開催場所：板橋区文化会館 4階大会議室 東京都板橋区大山東町51-1】



第2回 病診連携懇親会 FAX申込書

明理会東京大和病院 地域医療連携室 宛

貴院名					
ご住所	(〒 -)				
参加者情報					
1 代表	フリガナ		診療科 又は部署		☐ 現地参加 ☐ オンライン参加
	氏名				
		連絡先	お電話番号 : メールアドレス :		
2	フリガナ		診療科 又は部署		☐ 現地参加 ☐ オンライン参加
	氏名				
3	フリガナ		診療科 又は部署		☐ 現地参加 ☐ オンライン参加
	氏名				
4	フリガナ		診療科 又は部署		☐ 現地参加 ☐ オンライン参加
	氏名				
5	フリガナ		診療科 又は部署		☐ 現地参加 ☐ オンライン参加
	氏名				
備考	特記事項があればご記入ください。 (例：オンライン参加についての連絡は代表者ではなく〇〇科の□□まで など)				

※当日の詳細については代表者の方にご連絡させていただきます。

オンライン参加予定の方がいらっしゃる場合はメールアドレスのご記入をお願いします。

6名以上ご参加の場合は、備考欄にお名前・診療科または部署・参加方法（現地/オンライン）をご記入ください。

QRコードもしくはFAXにて令和7年9月5日（金）迄にご連絡頂きますようお願い申し上げます。