

第一回 明理会東京大和病院 病診連携懇親会

日時：2024年5月15日(水) 19:30~20:30

【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

下のQRコードよりお申込みください。

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。



申込フォーム

【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。



お問い合わせメール送信

【板橋区立グリーンホール 交通アクセス】

- ・東武東上線 大山駅北口より徒歩5分
- ・都営三田線 板橋区役所前駅A3出口より徒歩5分

※駐車場はありませんので公共交通機関をご利用ください。



明理会東京大和病院 地域医療連携室

TEL 03-5943-2424

Mail yamato.renkei@ims.gr.jp

第一回 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	<input type="checkbox"/> 現地参加 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現地参加 <input type="checkbox"/> オンライン参加
	氏名			
3	フリガナ		診療科 又は部署	<input type="checkbox"/> 現地参加 <input type="checkbox"/> オンライン参加
	氏名			
4	フリガナ		診療科 又は部署	<input type="checkbox"/> 現地参加 <input type="checkbox"/> オンライン参加
	氏名			
5	フリガナ		診療科 又は部署	<input type="checkbox"/> 現地参加 <input type="checkbox"/> 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。