

# 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	
-----------------	--

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)
連絡先	氏 名: 電話番号:

参加予定者氏名		職種
		職種
		職種
		職種
		職種

※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。