

小室整形外科医院 地域連携室 宛

**FAX 送信番号:075-871-0552**

第4回 京都洛西地域医療フォーラム 参加申込書

<お申込み>

病院・施設名 \_\_\_\_\_

役職名 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ (フリガナ)

\* 何名様でもご参加おまちしております。

ご連絡先 (お申込みのご確認や万が一の中止時などのご連絡先として、  
ご記入くださいますようお願い申し上げます。)

TEL: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ご参加確認 丸で囲んでください。

参加 ・ 不参加

< お申込み要領 >

**FAX or メールでお申し込みをお願いいたします。(受付随時)**

**FAX:075-871-0552** 番号・裏表をお間違いのないようご注意ください

**E-mail:info.koc21@gmail.com**

\* ご記入いただきました個人情報[京都洛西地域医療フォーラム]以外の目的では  
使用いたしません。