

東大病院 地域医療連携会 診療科別勉強会 参加申込書

※複数回の参加、懇親会のみでの参加も可です。※対象は医師となります。

医療機関名				
参加医師名				
医療機関ご連絡先	Tel	Fax		
(ご登録されている場合はご記載ねがいます)		連携登録番号 No.		
1. 大腸・肛門外科／血管外科の勉強会 (10/17 開催)	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
懇親会への参加	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
2. 糖尿病・代謝内科の勉強会 (10/18 開催)	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
懇親会への参加	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
3. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科の勉強会 (11/1 開催)	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
懇親会への参加	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
4. 整形外科・脊椎外科の勉強会 (11/7 開催)	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
懇親会への参加	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
5. 心臓外科／呼吸器外科の勉強会 (11/8 開催)	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
懇親会への参加	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
6. 肝・胆・膵外科／人工臓器・移植外科の勉強会 (11/15 開催)	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
懇親会への参加	<input type="checkbox"/>	出席する	<input type="checkbox"/>	欠席する
所属医師会名				

FAX 番号

03-5800-8728

東京大学医学部附属病院

医事課外来チーム 小針・東口

※申込締め切りは各開催の3週間前とさせていただきますが、定員に達していない限りは随時
申込受付を承っております。

以下記入不要 (当院 記入欄)

FAX 受理日

受付番号