

第4回東大病院 地域医療連携会参加申込書

医療機関名
連携登録番号 No.
参加者氏名（ふりがな）・職種に○印をお願いします (例)・ ^{とうだい} 東大 ^{はなこ} 花子 <input checked="" type="radio"/> 医師 看護師・MSW・事務・他 ()
・ 医師・看護師・MSW・事務・他 ()
・ 医師・看護師・MSW・事務・他 ()
医療機関ご連絡先 Tel _____ Fax _____
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
菊地・小針・東口

以下記入不要（当院 記入欄）

F A X 受 理 日

受 付 番 号