

申込書送付先	ファクシミリ番号:03-5388-1436 東京都福祉保健局医療政策部医療人材課 小堀 行き 【申込締切 平成30年1月29日(月曜日)】
--------	---

平成29年度医療従事者ネットワーク講演会 参加申込書

■開催日時 平成30年2月5日(月曜日)
 午後7時から午後8時30分まで(受付:午後6時30分～)

■開催会場 東京都庁第一本庁舎5階 大会議場

※定員を超えた場合は先着順となります

所属施設名			
所属施設所在地			
連絡先 (担当者)	電話		FAX
	部署	氏名	
参加希望者氏名等	申込順	【ふりがな】	入庁証No.※当日記入欄 (入庁証と引換に番号を控える)
	1	【氏名】	
		【職種】	
	申込順	【ふりがな】	入庁証No.※当日記入 (入庁証と引換に番号を控える)
	2	【氏名】	
		【職種】	
	申込順	【ふりがな】	入庁証No.※当日記入 (入庁証と引換に番号を控える)
	3	【氏名】	
		【職種】	
	申込順	【ふりがな】	入庁証No.※当日記入 (入庁証と引換に番号を控える)
	4	【氏名】	
		【職種】	

太枠内は都担当者が記入↑↑

当日は、都庁第一本庁舎1階北側エレベータ付近で受付を行います。
必ず本申込書(FAX後)を御持参の上、「講演会受付」にご提出ください。
 ※本申込書は受付で回収し、引換えに「一時入庁証」をお渡しします。