

小室整形外科医院 地域連携室 宛

FAX 送信番号:075-871-0552

第2回 京都洛西地域医療フォーラム

テーマ:学童期運動器障害の現状と問題

<お申込み>

病院・施設名 _____ 職種 _____

おふいかな

おふいかな

① お名前 _____

②お名前 _____

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、どれか一つをご記入くださいますようお願い申し上げます。)

TEL: _____ FAX _____

E-mail: _____ @ _____

ご確認

フォーラム参加確認 参加費:1,000円

参加 ・ 不参加

*ご参加費:1,000円 は、当日お支払いいただけますようお願いいたします。

< お申込み要領 >

FAXにてのお申し込みをお願い申し上げます。(FAX受付随時)

FAX075-871-0552 番号・裏表をお間違いのないようご注意ください

*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]以外の目的には使用いたしません。

必要事項をご記入いただきましたら、この用紙をFAX送信して下さいますようお願い申し上げます。

お問い合わせ

小室整形外科医院 地域連携室内 直通TEL 075-871-0551

(運営オルモックメディカルコンセプト) Email: info.koc21@gmail.com

ブースご出展をご希望の施設様は、希望するに〇をお願いいたします。

希望する

改めて、別途詳細をご連絡させていただきます。

以上