

講演会参加申し込み票

送信先：多摩南部地域病院 地域医療連携室

FAX 番号：042-339-6112

※参加申込締切：令和元年10月16日（水）まで

演題	斜視：最近の話題と手術の実際
開催日	令和元年10月17日（木）19時00分～20時00分

ご連絡先	事業所名	※事業所の所在地（ ）市	
	住 所		
	電話番号	（ ）	
	ファクシミリ	（ ）	
参加者	ご所属	氏名	職種

- ★ お車で越しの際は、当院の地下駐車場をご利用下さい。
- ★ 駐車券は、会場までお持ち下さい。

