

# 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：2019年12月18日（水）まで**

演題	① 脳梗塞を発症したFabry 病患者の一例 ② 当院アクションプランに基づく抗菌薬適正使用支援
開催日	2019年12月19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	

- ★ お車でお越しの際は、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。

