

# 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6月19日（水）まで

演題	①アクションプランに基づいた当院の抗菌薬適正使用支援 ②変形性膝関節症に対する、人工関節に頼らない先進治療
開催日	2019年6月20日（木）19時30分～20時30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。

