

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7月17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当院の川崎病診療について
開催日	2019年7月18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。

