

# FAX 送信票

送信先 国立病院機構東京病院地域医療連携室

(FAX 番号 042-491-2125)

件名 『第19回 東京病院地域医療連携交流会』

施設名 \_\_\_\_\_

参加者氏名

職 種	氏 名

\*職種については、医師・看護師・MSW・事務等をご記入下さい。