

第14回 親と子のケアをもっと良くする会

申し込み要領

官製はがき又はFAXにて、**平成22年 3月 20日 まで**に下記宛にお申し込みください。
尚、お申し込みの際はお手数ですが

代表者氏名 参加人数 参加者氏名 勤務先名称 勤務先住所
連絡先(電話番号・FAX番号)

以上を必ず明記してください。変更事項などがある場合、連絡させていただきます。

申し込み 及び 問い合わせ先

〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2 杏林大学医学部付属病院
総合周産期母子医療センター

代表：砥石和子

電話番号 0422-47-5511 (内；2621,2622)

Fax 送信票 **Fax 0422-44-4185** 砥石和子 宛て

第14回 親と子のケアをもっと良くする会に参加します。

代表者氏名 _____ 参加人数 _____ 名

参加者氏名 _____

勤務先名称 _____

勤務先住所 〒 _____

参加者代表連絡先 電話番号 _____

Fax 番号 _____