

『口腔ケア研修会』 出席連絡票

2019年12月16日(月)開催

施設名	
-----	--

1 連絡担当者

所属・氏名	所属	氏名
連絡先	TEL	FAX
E-Mailアドレス 又は住所		

2 出席者氏名

職種(診療科)	氏名
医師・歯科医師・看護師・薬剤師・歯科衛生士・ その他()	
※ 医師のみ記入()科	駐車券: 要・不要
医師・歯科医師・看護師・薬剤師・歯科衛生士・ その他()	
※ 医師のみ記入()科	駐車券: 要・不要
医師・歯科医師・看護師・薬剤師・歯科衛生士・ その他()	
※ 医師のみ記入()科	駐車券: 要・不要
医師・歯科医師・看護師・薬剤師・歯科衛生士・ その他()	
※ 医師のみ記入()科	駐車券: 要・不要
医師・歯科医師・看護師・薬剤師・歯科衛生士・ その他()	
※ 医師のみ記入()科	駐車券: 要・不要

【出席連絡: 2019年12月9日(月)まで】

※当日出席も可能ですが、準備の都合上出来るだけ事前にご連絡下さい。
お車でお越しの方は、駐車券をご用意致しますので事前にご連絡下さい。
駐車場は「患者用立体駐車場」をご利用下さい。

【連絡先】

順天堂大学医学部附属静岡病院 がん治療センター事務局

TEL: 055-948-3111 (内線: 7646)

FAX: 055-948-3191 (直通)

E-mail: yk-suzuki@juntendo.ac.jp