

2024年9月30日(月)間脳下垂体疾患 病診連携講演会 参加申し込み

参加ご希望の方は、

①二次元コードにて参加のご登録

②必要事項をご記載の上、FAXにてお申し込みをお願いいたします。

※開催当日のスムーズな受付のため、事前のご登録にご協力をお願い申し上げます。

※大変お手数ですが、**9月24日(火)**までにお申込みいただきますようお願い申し上げます。

① 二次元コードでのご登録



左側の二次元コードを読み取りいただき、
必要事項のご入力をお願いいたします。

② FAX 参加申し込み用紙 FAX番号 03-3964-9849

ご施設名	
職種	医師・薬剤師・看護師・ソーシャルワーカー・その他【 】
お名前	
連絡先(電話番号/E-mail)	

【会場】

帝京大学本部棟4F 会議室1

〒173-8605

板橋区加賀2-11-1

※病院に隣接した建物となります



上の地図は略図のため、実際の地形とは異なりますのでご注意ください。

【連絡先】

帝京大学医学部附属病院 医療連携室 山田／阿藤
ノボノルディスクファーマ株式会社 担当 小林 康男

TEL: 03-3964-9830

TEL: 090-9330-2324