

送付先 都立小児総合医療センター 子ども・家族支援部門 あて

FAX 042-312-8147

第26回「小児精神科治療連絡会」参加申込書

医療機関名	
出席者の所属 及び氏名	所 属 職 種 氏 名
	所 属 職 種 氏 名
	所 属 職 種 氏 名
	所 属 職 種 氏 名

ご出席いただいた医療機関同士の連携を深めることを目的として、参加医療機関リストの配布を当日予定しております。医療機関名のリストへの掲載可否について、下記のいずれかに 印をお付けください。

掲載可

・

掲載不可