

☆☆☆送付状をつけずこのまま送信してください。☆☆☆

東京都立小児総合医療センター 医事課医療連携担当行 FAX 042-312-8146

東京都子供の心診療支援拠点病院事業 児童養護施設等職員研修会受講申込書 (対象職員：児童養護施設等の福祉施設、相談機関)

日時：平成29年1月19日(木) 9時45分～16時50分 場所：東京都立小児総合医療センター1階 講堂フォレスト

※1施設(機関)2名まで お一人ずつお申込みください。 申込期限 平成29年1月16日(月)

※注意：代表外1名等でのご記入だと、受講(申込)者を特定できませんので、お一人ずつお申込みください。よろしくお願ひします。

ふりがな			
漢字氏名			
所属勤務先	ふりがな		
	名称		
	住所	〒( )	
	職種		
連絡先	電話番号		
	FAX番号		

※お断りする場合または中止等の緊急連絡の場合のみ、事務局からご連絡いたします。参加の可否、残席の問い合わせにはお答えできません。

※お問合せ先 東京都立小児総合医療センター医事課医療連携担当 三浦 電話 042-300-5111 (代表)