

☆☆☆送付状をつけずそ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：児童養護施設等の福祉施設、相談機関)

日 時：平成30年1月18日(木) 9時45分～16時45分 会場：東京都立小児総合医療センター1階 講堂フォレスト

申込期限：平成30年1月15日(月)

※1施設(機関)2名までお申し込みできます。

※注意：代表外1名等でのご記入では、受講(申込)者を特定できません。受講申込書は1名ずつお出しください。

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	

※日中に連絡が可能な電話番号を記入してください。

※ご提供いただいた個人情報は、本研修の申込受付、実施連絡以外では使用しません。

※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 島田 電話 042-300-5111 (代表)