

第 16 回医療連携情報交換会 参加申込書

申込締切：2025 年 7 月 11 日（金）

WEB 申し込みFAX 申し込み

(028-611-5499 栃木県立がんセンター地域連携チーム 担当：小山 宛)

施設名	
氏名	
MAIL アドレス	
電話番号	

※FAX 受信の際に文字が見えにくくなる可能性がありますので、MAIL アドレスは大きな文字で記載していただくよう、お願いいたします。

ご意見・ご質問等がございましたら、下記にご記入ください。

--

後日、開催に際しての連絡事項を MAIL にてご案内いたします。