

参加申込書送付先：千葉大学医学部附属病院 地域連携の会実行委員会事務局

FAX 043-226-2632

電子メール chiiki-renkei@chiba-u.jp

第8回 千葉県地域連携の会
参加申込書

申込日：平成26年 月 日

国立大学法人千葉大学 医学部附属病院長 あて

次のとおり、平成26年6月25日(水)に開催される第8回千葉県地域連携の会への参加を申し込みます。

No.	フリガナ 氏名	職種	申込内容(参加を希望するものに✓) *一部分のみの参加も歓迎です。			
			12:45~	14:00~	16:00~	18:30~
1			<input type="checkbox"/> 見学ツアー-1	<input type="checkbox"/> 全体会	<input type="checkbox"/> 分科会A <input type="checkbox"/> 分科会B <input type="checkbox"/> 分科会C <input type="checkbox"/> 分科会D <input type="checkbox"/> 見学ツアー-2	<input type="checkbox"/> 分科会E <input type="checkbox"/> 分科会F <input type="checkbox"/> 分科会G <input type="checkbox"/> 分科会H
2			<input type="checkbox"/> 見学ツアー-1	<input type="checkbox"/> 全体会	<input type="checkbox"/> 分科会A <input type="checkbox"/> 分科会B <input type="checkbox"/> 分科会C <input type="checkbox"/> 分科会D <input type="checkbox"/> 見学ツアー-2	<input type="checkbox"/> 分科会E <input type="checkbox"/> 分科会F <input type="checkbox"/> 分科会G <input type="checkbox"/> 分科会H
3			<input type="checkbox"/> 見学ツアー-1	<input type="checkbox"/> 全体会	<input type="checkbox"/> 分科会A <input type="checkbox"/> 分科会B <input type="checkbox"/> 分科会C <input type="checkbox"/> 分科会D <input type="checkbox"/> 見学ツアー-2	<input type="checkbox"/> 分科会E <input type="checkbox"/> 分科会F <input type="checkbox"/> 分科会G <input type="checkbox"/> 分科会H
4			<input type="checkbox"/> 見学ツアー-1	<input type="checkbox"/> 全体会	<input type="checkbox"/> 分科会A <input type="checkbox"/> 分科会B <input type="checkbox"/> 分科会C <input type="checkbox"/> 分科会D <input type="checkbox"/> 見学ツアー-2	<input type="checkbox"/> 分科会E <input type="checkbox"/> 分科会F <input type="checkbox"/> 分科会G <input type="checkbox"/> 分科会H
5			<input type="checkbox"/> 見学ツアー-1	<input type="checkbox"/> 全体会	<input type="checkbox"/> 分科会A <input type="checkbox"/> 分科会B <input type="checkbox"/> 分科会C <input type="checkbox"/> 分科会D <input type="checkbox"/> 見学ツアー-2	<input type="checkbox"/> 分科会E <input type="checkbox"/> 分科会F <input type="checkbox"/> 分科会G <input type="checkbox"/> 分科会H

※ 「見学ツアー」の内容は、2回とも同一です。

※ 会場の都合上、1施設からの参加者は10名以内でお願いします。(記載欄が不足する場合は、本書をコピーしてください。)

※ 申込受付後、定員超過等によりお申し込みをお断りする場合を除き、千葉大学病院から特に御連絡をすることはありません。

※ 院内駐車場は有料です。また、台数に限りがありますので、公共交通機関での御来院をお願いします。

参加申込をしていただいた医療機関等の紹介資料を作成し、参加者の皆様へ配付する予定です。
資料への掲載を同意いただける場合は、✓を記入し、6月11日(水)までに原稿を提出してください。

掲載を希望する → 原稿の作成・提出方法については、次のWebページを御参照ください。

<http://renk-chibapjimdo.com/> 「千葉県地域連携の会」で検索

所属名			
担当部署		担当者名	
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
電子メール	判読しやすいようブロック体で記入願います。		