

| FAXでお申込みの場合

以下に必要事項をご記入の上、**令和8年2月12日(木)まで**に、東京都区西北部脳卒中医療連携検討会事務局
FAX.03-3972-0018宛にお申込みください。但し、定員(先着150名)になり次第締め切れます。
定員に達して受講できない場合のみ、ご連絡いたします。※この申込書でお二人までお申込みいただけます。

ご本人

(ふりがな) お名前	
ご住所	
ご連絡先 ※日中に連絡できる番号	(電話) (FAX)

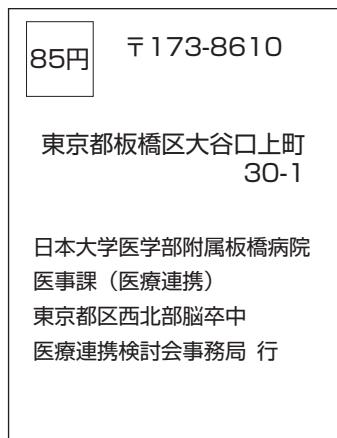
お連れの方

(ふりがな) お名前	
ご住所	
ご連絡先	(電話) (FAX)

| はがきでお申込みの場合

下記記入例を参考に、お名前・ご住所・電話番号(日中に連絡できる番号)・FAX番号(お持ちの方)を記入し、
令和8年2月12日(木)までに東京都区西北部脳卒中医療連携検討会事務局までお送りください。(当日消印有効)
但し、定員(先着150名)になり次第締め切れます。定員に達して受講できない場合のみ、ご連絡いたします。

オモテ



ウラ

お連れの方	ご本人
連絡先 ご住所 お名前 ふりがな	連絡先 ご住所 お名前 ふりがな
電話 ・ F A X	電話 ・ F A X

※はがき1枚で
お二人までお申込み
いただけます。

| お問合わせ

東京都区西北部脳卒中医療連携検討会事務局(日本大学医学部附属板橋病院 医事課内)

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1 TEL.03-3972-8111(代) 内線3168 FAX.03-3972-0018