



F A X 送信票

板橋中央総合病院 地域医療連携室 行

直通 F A X 03-5914-3222

出欠席連絡票

地域医療推進カンファレンス
～脳神経外科疾患治療での医療連携～
平成 30 年 12 月 17 日(月)19:30～

ご出席

・

ご欠席

(どちらかを○で囲んでください)

医療機関名:

ご氏名:

職名

ご氏名:

職名

ご氏名:

職名

ご氏名:

職名

※ご出席いただける方全員のお名前・職種(役職名)のご記入をお願い致します。

当院に対するご意見、ご要望などがございましたら下記にご記載ください。
可能な限り、カンファレンスの際にご返答致します。

※誠に勝手ながら、出欠の御返事は平成 30 年 12 月 15 日(土)までにご連絡いただけますようお願い申し上げます。