

# 参加申込み書

## 平成 30 年度 第 7 回 がんと栄養のかたりば

宛先：東京医療センター

F A X : 03-3411-2596

(2月12日(火)までご回答願います)

▶ご出席いただける場合は、下記に出席予定者をご記入ください。

出席者名 (職種)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

医療機関名： \_\_\_\_\_

ご担当者氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

【日時】：平成 31 年 2 月 19 日 (火曜日)  
18 時 30 分～19 時 30 分

【場所】：国立病院機構 東京医療センター  
1 階 病棟会議室

〒152-8902  
東京都目黒区東が丘 2-5-1  
※救急外来入口をご利用ください。

【問い合わせ】：TEL 03-3411-5489

【担当】：栄養管理室

