

在宅とフットヘルスに関するシンポジウム 参加申込書

必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。
定員(50名)に達し次第、締切とさせていただきます。

- ご施設名/貴社名 _____
- 電話番号 _____
- FAXまたはE-mail _____
- 代表者ご氏名 _____

※定員超過によりご参加いただけない場合のみ、ご連絡をさせていただきます。

特に連絡がなければお申込完了とさせていただきますので、当日そのままご来場ください。
※記入欄が足りない場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

ご氏名	職種	担当科・所属部署
様	医師・看護師・リハビリ・介護士その他 ()	
様	医師・看護師・リハビリ・介護士その他 ()	
様	医師・看護師・リハビリ・介護士その他 ()	
様	医師・看護師・リハビリ・介護士その他 ()	



世田谷区社会福祉事業団 会議室

〒154-0017 世田谷区世田谷1丁目23-2

東急世田谷線「上町」下車 徒歩5分

東急世田谷線「世田谷」下車 徒歩5分

FAX送付先：03-6435-2099

株式会社ミレニアメディカル