FAX送付先：042-490-7950

雪印ビーンスターク㈱東日本統括支店 水野／細小路 宛

地域連携NST学術講演会 参加申込書

ご施設 病院名			
郵便番号 住　　所	〒　　都道 府県		市 郡
電話番号：	内線：	FAX番号：	

参加者氏名(ふりがな)	所属部署	役　職	職　種

ご記入いただきました個人情報は講演会のご出席者の確認と連絡のために使用いたします。個人情報は共催関係者ならびに業務委託先を除く第三者には開示・提供することはございません。

★受付受理後、折返しFAXをさせていただきます。
上記FAX記載欄に必ず番号を記載して下さい。

申し込み返信欄

受付日

お申込みありがとうございました。
上記の通り受理いたしました。

◆会場のご案内◆

（※１）第２駐車場に
車を置いて頂いて、
（※２）別館入口から
（※３）別館２階、
大会議室会場に、
お越し下さい。

会　　場：群馬中央病院　大会議室
アクセス：群馬バス・群馬中央バス　「中央病院入口」下車徒歩1分