

= FAX 出欠席確認票 =

『働く人の健康支援研究会』 事務局 宛

FAX 返信先 03-3433-6215

(東京慈恵会医科大学附属病院 患者支援・医療連携センター内)

平成 28 年 3 月 11 日 (金) 18:30～ 『働く人の健康支援研究会』について
御出席のご都合をお教え頂き、FAX 返信先 03-3433-6215 へご返信下さいます様に宜
しくお願い申し上げます。電子メール (workerhearth@gmail.com) での返信でも承り
ます。

御施設名 _____

御芳名	研修会	懇親会
先生	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
先生	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
先生	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
先生	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
先生	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
先生	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席

回答期限：平成 28 年 3 月 4 日 (金)