

= FAX 出欠席確認票 =

東京慈恵会医科大学附属病院 主催

『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 9 月 9 日 (金) 18:30～ 第 5 回『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](mailto:workerhearth@gmail.com)) での返信でも承  
ります。

御施設名 \_\_\_\_\_

御芳名 (職種)	研修会	懇親会
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 <p style="text-align: right;">様</p>	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 <p style="text-align: right;">様</p>	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 <p style="text-align: right;">様</p>	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 <p style="text-align: right;">様</p>	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 <p style="text-align: right;">様</p>	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 <p style="text-align: right;">様</p>	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席

※懇親会会場は「新橋愛宕山 東急REIホテル」です。  
参加費用は無料です。

回答期限：平成 28 年 9 月 2 日 (金)