

= 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 29 年 9 月 22 日 (金) 18:30～ 第 7 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よう宜しくお
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 _____

御住所 _____

TEL (勤務先) _____

御芳名 (職種)	講演会	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 様	<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 様	<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 様	<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 様	<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 様	<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 様	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席	<input type="checkbox"/> 御出席 <input type="checkbox"/> 御欠席

※参加費用は無料です。

回答期限：平成 29 年 9 月 15 日 (金)