

# 「医療安全誓いの日(メモリアルデー)」参加申込書

平成29年8月5日(土)開催

(枠内をご記入の上、下記までFAXにて送付願います。)

氏名	フリガナ -----
性別	男・女
住所	〒 —
連絡先 電話番号	— —
FAX番号 ※FAXでの案内状の 送付が可能な場合、 ご記入下さい	— —
ご職業 (差し支えなければ ご記入願います)	

※お一人様につき、1枚のご記入をお願いいたします。

※参加申込に係る個人情報については、「医療安全誓いの日(メモリアルデー)」の参加申し込み事務以外には利用いたしません。

※申し込み多数の場合、先着順とさせていただきます。

※受付後、当院より案内状を送付いたします。

**FAX送付先 東京医科大学病院 総務課**

**03-3345-1437**