

第 2 回 「学生・市民連携フォーラム 2016」参加申込み

FAX No. 0120-666-339

※ 平成 28 年 11 月 30 日（水）までに F A X にてご返送をお願いいたします。

■所属団体名 「 _____ 」

所在地： _____ 県

申込み代表者連絡先（電話）： _____

（mail）： _____

■参加者名	■職種	■ 本 会	■ 懇 親 会
		ご出席 ・ ご欠席	ご出席 ・ ご欠席
		ご出席 ・ ご欠席	ご出席 ・ ご欠席
		ご出席 ・ ご欠席	ご出席 ・ ご欠席

懇親会は、倉敷駅近くで予算約 5 千円にて準備中です。

ご意見・ご質問をご記入ください。

【お問い合わせ先】

倉敷中央病院

地域医療連携・広報部 十河（そごう）浩史

TEL 086-422-5218（直通）

E-Mail : hs8512@kchnet.or.jp