

《京大病院臨床懇話会ご出欠確認（申込）票》

〈懇話会〉

- ・日 時 平成28年2月7日（日）15時～（受付：14時半～）
- ・場 所 芝蘭会館（稲盛ホール）

ご出席	(ご意見・ご要望)
ご欠席	

※○印をおつけください。

〈懇親会〉

- ・日 時 平成28年2月7日（日）17時50分～
- ・場 所 芝蘭会館（山内ホール）
- ・懇親会費 無料

ご出席	(ご意見・ご要望)
ご欠席	

※○印をおつけください。

(ふりがな)

ご芳名 _____ (一般・京大 年卒)

ご住所 〒 _____

TEL _____

本件連絡先：京大病院総務課企画・法規掛 担当：長谷川
TEL：075-751-3005 FAX：075-751-6151
E-mail：byouinsoumukakikaku@mail2.adm.kyoto-u.ac.jp

京大病院は病診連携の充実を目指しています！

オープンなディスカッションの場ですので、
皆様のご参加を心よりお待ちしております。