

# 参加申込書

新潟市医師会事務局 行 (fax:025-240-6760)

平成31年2月21日(木) 19:00~20:40

「新潟市骨粗鬆症医科歯科連携シンポジウム」

申込日 平成 年 月 日

所属	出席者氏名	職種

※ご記入頂いた個人情報は、受付名簿作成以外の目的には使用しません。

代表者様 ご氏名: 様 ご連絡先:

## お問い合わせ

新潟市医師会事務局 (担当/井浦) TEL 025-240-4131

新潟市歯科医師会事務局 (担当/高橋) TEL 025-244-5231

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3-3-11 新潟市総合保健医療センター5F(医)、4F(歯)

## 参加要領

- ご施設内でお声掛けいただき、多診療科、多職種の皆様のご参加を待ちしております。
- 会場席数の調整のため、事前申し込みにご協力をお願いいたします。  
お申し込みが定員300名を超えた場合には、事前にご連絡させていただきます。
- 当日のご参加も頂けますが、満席の場合、入場をお断りすることがございます。