

第7回・「地域医療を守る運動全国交流集会」参加申込書

●参加費は500円(資料代)です。昼食をご希望の方は、お弁当(お茶付き)として別途1,000円いただきます。

申込み期限 第一次集約:10月31日(月) 最終集約:11月11日(金)

送付先 FAX **03-3875-6270** (日本医労連)

| | | | | | |
|--------------|----|---|-------|---|---|
| 申込代表者 氏名 | | | 申し込み日 | 月 | 日 |
| 団体名又は 勤務先 | | | | | |
| 連絡先 | 〒 | - | 電話番号 | | |
| | 住所 | | | | |

※上記「申込代表者」も参加する場合は、下記名簿にも記入願います。

| | 参加者氏名 | 団体名又は勤務先 | 弁当 ※希望する方は○印を |
|---|-------|----------|------------------|
| ① | | | |
| ② | | | |
| ③ | | | |
| ④ | | | |
| ⑤ | | | |

東京ビッグサイト TFTホール (TFTビル東館 9F)

東京都江東区有明3-6-11 TEL.03-5530-5010

アクセス

●りんかい線「国際展示場」駅下車 徒歩5分



●ゆりかもめ「国際展示場正門」駅下車 徒歩1分

