

## <参加希望日申込用紙>

・当方で調整した後に、FAX、メールにて参加日をお伝えさせていただきます。

送信先	東大寺福祉療育病院 地域支援室行				
FAX番号	<b>0742-23-0198</b>				
送信元/者 (ふりがな)	( )		所属先・職種		
ご連絡先	TEL		FAX		MAIL

**【希望参加日】** 希望日に○をご記入下さい。※応募状況により第1希望にそえない場合がございますので、ご了承下さい。

第1希望	9月16日(水)	10月1日(木)	10月21日(水)	11月5日(木)	11月18日(水)
	12月3日(木)	12月16日(水)	1月7日(木)	2月4日(木)	
第2希望	9月16日(水)	10月1日(木)	10月21日(水)	11月5日(木)	11月18日(水)
	12月3日(木)	12月16日(水)	1月7日(木)	2月4日(木)	
第3希望	9月16日(水)	10月1日(木)	10月21日(水)	11月5日(木)	11月18日(水)
	12月3日(木)	12月16日(水)	1月7日(木)	2月4日(木)	

※医師・歯科医師向け研修会に参加を 希望する ・ しない (どちらかに○)

### 【ご質問等ございましたら、お書きください】

### 【会場へのアクセス】



#### 【会場住所】

〒630-8211 奈良県奈良市雑司町406-1

TEL:0742-27-6722 FAX:0742-23-0198

●駐車場有

#### 【バスの場合】

近鉄奈良駅、JR奈良駅から

奈良交通バス、市内循環外回り乗車「県庁東」バス停下車  
徒歩約5分

または、春日大社本殿行き乗車「県庁東」バス停下車  
徒歩約5分