

# 『IBD 患者さんへのトータルサポートを考える会』申込書

日時：平成 29 年 10 月 27 日（金） 18:00～19:30

場所：ベルランド総合病院 地下 1 階 AIF ホール

御施設名 \_\_\_\_\_

御住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

お名前	職 種

大変恐縮ですが、**10/13（金）まで**に下記の F A X 番号に、ご返信下さいます様  
よろしくお願ひ申し上げます。

F A X : 0 7 2 - 2 3 4 - 9 1 5 5

事務局：ベルランド総合病院 地域医療連携室  
T E L : 0 7 2 - 2 3 4 - 9 2 1 5 (直通)