地域連携室からのお知らせ、診療科の紹介、セミナー・講座のご案内など、病院のタイムリーな情報をお届けします

●購読料無料（通信料金等は除く）　●隔月１回配信

メールマガジン会員募集中！

◆お申し込み方法

お申込をされる場合は下記にご記入のうえ、FAXにてご返信ください

① 医療機関名

② 医療機関住所　〒　－
都・道・府・県　区・市

③ 医療機関電話番号　－　－

④ 医療機関FAX番号　－　－

⑤（フリガナ）
申込者氏名

⑥ 所属部署

⑦ 配信先メールアドレス　@

※携帯電話メールアドレスは不可

⑧何かございましたらご記載ください

FAX送付先：東京医科歯科大学病院医療連携支援センター地域連携室

03-5803-0119

皆様のお申し込みをお待ちしております。