

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。