

(HP 掲載用)

2009年2月8日(日)開催
『第14回日常診療経験交流会』参加引換券

以下の必要項目をご記入ください。本券1枚につき3名様までご来場いただけます

氏名	_____
医療機関名(団体名)	_____
ご職業(所属、役職)	_____
住所 〒	_____
電話	_____ F A X _____
E-mail	_____

氏名	_____
医療機関名(団体名)	_____
ご職業(所属、役職)	_____
住所 〒	_____
電話	_____ F A X _____
E-mail	_____

氏名	_____
医療機関名(団体名)	_____
ご職業(所属、役職)	_____
住所 〒	_____
電話	_____ F A X _____
E-mail	_____

ご記入いただきましたら、下記までFAXにてご返送ください。

FAX : 045-461-0215

(第14回日常診療経験交流会実行委員会事務局行き)

当日は本券を必ずご持参いただきますよう、お願い申し上げます