

「湘南呼吸器セミナー2017」参加申込書

【氏名(ふりがな)】

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【所属(病院・科)】

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科

【住所・電話番号・FAX 番号】 勤務先 ・ 自宅

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

【携帯電話番号(参加当日に連絡可能な連絡先)】

TEL \_\_\_\_\_

【E-mail アドレス】

\_\_\_\_\_

【卒業年次】

\_\_\_\_\_ 年卒 ( 前期研修医・後期研修医・非専門医 )

【懇親会参加希望】 あり ・ なし