

教育セミナー参加申込書

FAX 番号 0561-63-2879

愛知医科大学 脳神経外科内 事務局

第6回 脊髄外科教育セミナー(脊髄外科教育ワーキング)

ファックス申込書(複数の場合、コピーしてお使い下さい)

下記日時に振り込みましたので、受講を申し込みます。締め切り 平成 20 年 5 月 7 日

振込日: _____

施設名: _____

氏名: _____

住所: _____

電話: _____

FAX: _____

メールアドレス: _____

症例提示: 有 無