

# 送信先FAX番号:011-621-2233

札幌医科大学附属病院肝疾患センター 今野 宛

## 「札幌肝疾患フォーラム」 参加申込書

※下記の太枠内にご記入をお願いいたします。

※医師におかれましては、単位登録に使用しますので氏名は楷書でお願いいたします。

|      |                |             |                                                         |
|------|----------------|-------------|---------------------------------------------------------|
| 住 所  | 〒            - |             |                                                         |
| 施設名  |                |             |                                                         |
| 電話番号 |                |             |                                                         |
| 職 名  | 医籍登録番号         | フリガナ<br>氏 名 | 情報交換会への<br>出 欠                                          |
|      |                |             | <input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席 |
|      |                |             | <input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席 |
|      |                |             | <input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席 |
|      |                |             | <input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席 |
|      |                |             | <input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席 |

\*誠に勝手ながら 2019年8月30日(金)までにお申込願います。

\*当日参加も可能ですが、お席に限りがありますのでご了承ください。

連絡先:札幌医科大学附属病院肝疾患センター  
相談員 今野  
TEL:011-611-5700 FAX:011-621-2233