**ＦＡＸ：011-706-5630**

**北海道大学病院　肝疾患相談センター　宛**

------------------------------------------------------------

**第5回肝炎学術講演会　参加申込書**

（フリガナ）

氏　名：

（参加証に記載しますので，楷書でご記入ください。）

郵便番号：

住　所（施設・自宅）：

電話番号（施設・自宅）：

施設名・所属

医籍登録番号：

情報交換会への出欠：　出席　・　欠席

※誠に勝手ながら11月7日（木）までにお申し込み願います。

連絡先：北海道大学病院

　肝疾患相談センター

　銭谷，日沼

Tel 011-706-7788 Fax 011-706-5630

E-mail liver\_reception@huhp.hokudai.ac.jp