

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 小笠原 宛て

「札幌肝疾患フォーラム」FAX お申込書

(平成 30 年 1 月 12 日 (金) 締め切り : 出席の場合のみ、本票をご送信下さい。)

1 月 20 日 (土) の講演会に 参加します・参加しません (FAX 不要です)

※ 恐れ入りますが下記の太枠内にご記入をお願い致します。ゴム印による捺印でかまいません。

ご住所	〒 _____	
貴医療機関名	_____	
電話番号	_____ (_____) _____	
所属名	ご芳名	情報交換会への出欠
		<input type="checkbox"/> ご出席 <input type="checkbox"/> ご欠席
		<input type="checkbox"/> ご出席 <input type="checkbox"/> ご欠席
		<input type="checkbox"/> ご出席 <input type="checkbox"/> ご欠席
		<input type="checkbox"/> ご出席 <input type="checkbox"/> ご欠席
		<input type="checkbox"/> ご出席 <input type="checkbox"/> ご欠席