

送信先FAX番号:011-621-2233

札幌医科大学附属病院肝疾患相談センター 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 氏 名	情報交換会への 出 欠
			☐ 出席 ☐ 欠席
			☐ 出席 ☐ 欠席
			☐ 出席 ☐ 欠席
			☐ 出席 ☐ 欠席
			☐ 出席 ☐ 欠席

＊誠に勝手ながら平成30年8月31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:011-611-2233