

F A X : 011-706-5630
北海道大学病院 肝疾患相談センター 宛

札幌肝疾患フォーラム 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3月15日(金)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, 辻口 Tel 011-706-7788 Fax 011-706-5630 E-mail liver_reception@huhp.hokudai.ac.jp
--