

# 参加申込用紙

FAX:055-989-5692

E-mail: ju.ueda@scchr.jp

静岡県立静岡がんセンター内視鏡科  
セミナー事務局 植田 宛

ふりがな	
御芳名	
施設名	
所属部署	
施設御住所	〒
E-mail	@
TEL	— —
FAX	— —
卒年	平成 年
交通手段	鉄道 航空機 自家用車 その他
宿泊希望	あり なし 未定
懇親会参加希望	あり なし 未定

- ・当院規定により医師免許のコピーを御提出いただきます。
- ・交通費、宿泊費補助制度がございますので御希望の方はお問い合わせください。
- ・懇親会については状況により開催を自粛する場合があります。