

No. \_\_\_\_\_

## 栃木県透析懇談会 学術講演会 参加申込書

年 月 日

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 施設名  |  |     |  |
| 代表者名 |  |     |  |
| TEL  |  | FAX |  |

|    | 氏 名 | 職 種 | 会員 | 一般 |
|----|-----|-----|----|----|
| 1  |     |     |    |    |
| 2  |     |     |    |    |
| 3  |     |     |    |    |
| 4  |     |     |    |    |
| 5  |     |     |    |    |
| 6  |     |     |    |    |
| 7  |     |     |    |    |
| 8  |     |     |    |    |
| 9  |     |     |    |    |
| 10 |     |     |    |    |

\*会員/一般の該当する欄に○印を記入してください。また、用紙が複数枚になる場合はコピーをしていただき、左上の No. を記入してください。

\*懇談会事務局（目黒医院内） FAX：028-653-8121