

「湘南呼吸器セミナー2017」参加申込書

【氏名(ふりがな)】

_____ (_____)

【所属(病院・科)】

_____ 病院 _____ 科

【住所・電話番号・FAX 番号】 勤務先 ・ 自宅

〒 _____ - _____

Tel _____ Fax _____

【携帯電話番号（参加当日に連絡可能な連絡先）】

Tel _____

【E-mail アドレス】

【卒業年次】

_____ 年卒 (前期研修医・後期研修医・非専門医)

【懇親会参加希望】 あり ・ なし