

FAX 送付先:06-6764-3122

第 66 回関西胸部外科学会学術集会 運営事務局 宛
【 共催セミナー 申込書 】

■下記ご記入ください。

フリガナ 会社名			
所在地	〒		
TEL		FAX	
フリガナ 責任者		所属部署	
フリガナ 担当者(連絡窓口)		所属部署	
E-mail			

お申込みの際は下記にご記入ください。

	種類	金額 (消費税込)	募集予定数	ご希望に○をお願いします
1	Aタイプ	1,210,000 円 (消費税込)	4口	
2	Bタイプ	990,000 円 (消費税込)	5口	
3	第1希望	6月8日(木)	4口	
4	第2希望	6月9日(金)	6口	

◆講演内容について(予定がございましたら記載下さい)

演者(氏名・所属) 演者(氏名・所属) 座長(氏名・所属) ●その他 (ご要望等)
