第117回日本輸血・細胞治療学会東北支部例会の参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 振り込み用紙代表者氏名(複数での一括振り込み⇒必ず入力願います) |  |
| 振り込み用紙代表者連絡先(複数での一括振り込み⇒必ず入力願います) |  |
| 名前 |  |
| メールアドレス |  |
| 種別名 | 参加費 |
| 会員番号 |  |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 施設名 |  |
| 所属 |  |
| 職種 |  |
| 日付 |  |

秋田大学医学部附属病院　輸血部内　第117回日本輸血・細胞治療学会東北支部例会事務局

TEL　018-884-6313　FAX　018-884-6251　Eメール：tohoku117@hos.akita-u.ac.jp

お願い：可能な限りメールによる添付文書での連絡でお願いいたします