

【FAX : 03-5981-6012】

日本小児外科学会 第48回学術集会

小児看護サテライトセミナー 参加登録

申込年月日：2011年 月 日

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
フリガナ		
氏名		

■ご所属をご記入下さい■

所属機関 (名称及び 部署・部課)		
	(職名 )	
所在地	〒	
	TEL :	(内線 ) FAX :
	e-mail :	

■ご自宅が連絡先の場合、以下に記入して下さい■

現住所 (自宅)	〒	
	TEL :	FAX :
	e-mail :	

Q1. 職種を選択して下さい。

- 看護師  
 医師  
 その他 ( )

Q2. サテライトセミナー以外のご参加予定にチェックをお願いします (予約ではありません)。

- 会員懇親会 (大江戸温泉物語)  
 特別講演 (アグネス・チャン)  
 特別講演 (小室淑恵)  
 その他のセッション

※お申し込みありがとうございました。