

第3回 奥田準二外科医塾 講演会
参加申込用紙

年 月 日

御名前（連名可）：

御施設名：

御住所：

御連絡先： TEL：

FAX：

E-mail：

参加費：外科医、医療関係者 10,000 円

（参加予約制、振込手数料はご負担ください）

振込先：三井住友銀行 高槻支店 普通 口座番号 3001067

奥田準二外科医塾

振込書のコピーをここに添付して FAX してください

FAX： 072-685-2057

*上記事項をもれなくご記入の上、本用紙に振込書のコピーを添付して FAX 072-685-2057
でお申し込みください。

*お振込を確認させていただいた後に登録番号付き参加登録確認書を FAX 返信します。

連名で振り込まれる場合も全員の御名前を振込用紙にお書きください。

*先着順に受け付け、会場定員数を越えれば締め切らせていただきます。

*キャンセルは2週間前まで可能ですが、必ず下記事務局までご連絡ください。

お問い合わせ先

〒569-8686 大阪府高槻市大学町2-7 大阪医科大学 一般・消化器外科

奥田準二外科医塾 事務局

TEL:072-684-6263 FAX:072-685-2057 E-mail: sur053@osaka-med.ac.jp