

委嘱のための講習会申込書 (平成25年2月2・3日)

(FAX 03-3256-3389)

委嘱

更新

(いずれかを○で囲んでください)

氏名 _____

委嘱の方

日耳鼻会員番号 _____ 専門医番号 _____

勤務先名 _____

所在地 〒 _____

自宅 〒 _____

(ご希望の送付先に○をつけてください)

連絡先 TEL _____

FAX _____

更新の方

ご案内送付先 〒 _____

TEL _____

FAX _____

*19年度委嘱の方は下記もご記入ください。

勤務先名 _____

所在地 〒 _____