

参加申込書

# 第6回日本臨床外科学会 石川県支部ハンズオンセミナー

フリガナ

ご芳名

ご施設名

所属部署名

御連絡先

E-mail

ご参加をご希望の方は下記のEmail、またはFAXにて御連絡下さい。  
頂いた個人情報は、本セミナーに関する御案内のみに使用致します。



お申し込み

Fax :06-6399-4440

Mail : toru.kojima@  
acelity.com

(TEL: 080-5383-4776)

大変恐縮ですが、会場設営準備のため  
**9月9日(月)まで**にお申し込みだけ  
ますと幸いに存じます。

上記期限を過ぎた後に参加可能になった  
場合、その都度対応させていただきます  
のでお申込ください。