

FAX 送信先 03-5269-7336

第4回麻酔科学ウィンターセミナー申込書

氏名: _____

ふりがな: _____

性別: 男性 女性

所属施設: _____

連絡先: 勤務先 自宅

郵便番号: _____

住所: _____

電話: _____

FAX: _____

電子メール: _____

登録費: 10,000 円(日本麻酔・集中治療テクノロジー学会,または日本心臓血管麻酔学会会員)
 15,000 円(上記以外)

登録費は 2004 年 3 月 5日までに下記の口座宛に振り込んでください

UFJ銀行 東京女子医大出張所 普通預金口座 3691599

口座名義 ウィンターセミナー 代表 野村 実