

No. \_\_\_\_\_

## 栃木県透析懇談会 講演会 参加申込書

年 月 日

施設名			
代表者名			
TEL		FAX	

	氏 名	職 種	会員	一般
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

\*会員/一般の該当する欄に○印を記入してください。また、用紙が複数枚になる場合はコピーをしていただき、左上の No. を記入してください。

\*懇談会事務局（目黒医院内） FAX：028-653-8121