

平成27年 夏の学校 参加申込書

2015年8月22日(土)開催

ご氏名(※)				
ご所属(※)				
連絡先	e-mail(※)			
	FAX			
懇親会	御出席	御欠席		
身分(※)	学生/大学院生 (学年)	前期研修医	左記以外	
備考				

(※)は必須項目です。

下記のアドレスまたはFAX番号までよろしくお願い致します。
託児希望の方はその旨お知らせ下さい。

申し込み期限 8月1日(土)

送付先 FAX : 06-6646-3798
メール : kinpatho@med.osaka-cu.ac.jp