

平成28年 夏の学校 参加申込書

2016年8月27日(土)開催

ふりがな(※)			
ご氏名(※)			
ご所属(※)			
連絡先	e-mail(※)		
	Tel(※)		
	FAX		
懇親会	御出席 / 御欠席		
身分(※)	初期研修医	学生 (医学部第 学年)	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(月)

送付先 FAX :

06-6645-3742

メール :

kinpatho@med.osaka-cu.ac.jp