

参加申込 F A X 番号： 0 3 - 5 2 9 1 - 2 1 7 6

日本臨床皮膚外科学会 事務局 宛

申込締切日： 2 0 2 0 年 2 月 1 4 日 (金)

※ 部分の何れかにチェックをいれてください。

※ 下記内容は今回の教育セミナー受付、受講証発行に主に利用されるものであり、それ以外の目的に利用することはございません。

会 員 非 会 員	<input type="checkbox"/> ：会 員（会員番号： ）	<input type="checkbox"/> ：非 会 員
受講内容	<input type="checkbox"/> ：セミナー受講のみ	<input type="checkbox"/> ：セミナー + 試験
ふりがな 氏 名		
所 属		
受講証送付先	<input type="checkbox"/> 所 属	<input type="checkbox"/> 自 宅
受講証送付先 住 所	〒	
T E L		F A X
E-mail		
入 金 日	年 月 日	入金予定