|  |  |
| --- | --- |
| **第39回日本脳神経外傷学会　脳神経外傷教育セミナー申込書** | |
| 氏名： |  |
| ふりがな： |  |
| 所属先名： |  |
| 郵便番号： |  |
| 住所： |  |
| 電話： |  |
| Fax： |  |
| Email： |  |
| 参加費： | （どちらか一方に○をお付けいただくか、不要な方を消して下さい）  A: 第39回日本脳神経外傷学会＋教育セミナー 15,000円  B: 教育セミナーのみ10,000円 |
| 備考 |  |

申込先：

Fax：022-308-7153

Email: neurotrauma39@nsg.med.tohoku.ac.jp

第39回日本脳神経外傷学会事務局

担当：刈部　博