|  |
| --- |
| **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