

2015 年度 第 3 回 再生医療 血液臨床応用 国際特別講演会
[“Hands On/LIVE OPE” 及び “懇親会” 参加 申込書]

送信先 → F A X : 03 - 3919 - 5114

送信先 → E - mail : okudera@carrot.ocn.ne.jp

お申込締切日：平成 27 年 11 月 30 日（月）

下記・必要事項をご記入の上、上記 FAX または E - mail までご送信下さい。

■以下のご希望の箇所に「○」を付けて下さい。

○12 月 12 日（土曜日）[Hands On]に参加しますか？

Yes	No
-----	----

○12 月 12 日（土曜日）[懇親会]に参加しますか？

Yes	No
-----	----

○12 月 13 日（日曜日）[LIVE OPE/講演会]に参加しますか？

Yes	No
-----	----

●以下にお名前、貴院名をご記入下さい。

〔お名前(ふりがな)〕	〔貴院名〕
-------------	-------

●以下に住所・TEL・FAX・E-mail をご記入下さい。尚、東京形成歯科研究会の会員の方は、記入しなくて結構です。

〔住所〕 〒	TEL	
	FAX	
	E-mail	

※複数名の参加をご希望の方は、以下に「○」を付けて下さい。別途、事務局より折り返しご連絡させていただきます。

複数名の参加を希望する	複数名の参加を希望しない
-------------	--------------