

FAX 022-717-7896 へ送付願います。

平成28年度

第4回 東北大学病院

化学療法カンファレンス参加申込書

日時：2016年7月7日(木)午後6時30分～午後8時

場所：東北大学病院 東病棟4階第5会議室

施設名： _____

(東北大学病院の場合は施設名の記載は不要)

診療科： _____

参加者氏名

症例提示希望： 有 ・ 無 (どちらか一方に○をつけて下さい。)

有の場合は上記参加者氏名の中で発表予定者に○をつけて、下記をご記入下さい。

発表者の連絡先

電 話 番 号； _____

メールアドレス； _____ @ _____