

FAX : 06-6879-3759

日本腸管リハビリテーション・小腸移植研究会 入会申込書

申込日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■所属情報■

区分	<input type="checkbox"/> 施設会員 (年会費15,000円)	<input type="checkbox"/> 個人会員 (年会費2,000円)	(何れかを選択してください)
施設名			
講座名			
住所	〒 _____ - _____ - _____		
	TEL :	(内線 : _____ ・直通)	FAX :
	代表者名 (個人会員の場合は入会者氏名)		
	役職名		
	E-mail :		

申込書に必要事項を記入後、郵送または FAX してください。

(問い合わせ先)

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2

大阪大学大学院医学系研究科外科学講座小児成育外科学

担当：上野豪久 (事務担当：松浦綾子)

TEL : 06-6879-3753 / FAX : 06-6879-3759