

第 41 回腎移植・血管外科研究会 共催セミナー申込書

申込書送付先：〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄 3-19-28

(株)セントラルコンベンションサービス内 第 41 回腎移植・血管外科研究会 共催係

TEL 052-269-3181 / FAX 052-269-3252

申込締切日：2025 年 12 月 22 日（月）

※共催枠数に達し次第、お申込みを締切らせて頂く場合がございます。

●申込者（実務担当者の方の情報をご記入下さい。）

申 込 日	年 月 日
御 社 名 部 署	
所 在 地	〒
連 絡 先	T E L F A X
E - m a i l	
御 担 当 者	

●申込 ※下記記載をお願いします。

	セミナー名	開催期日	会 場	共催費
申 込 内 容	第 1 希望 第 2 希望 第 3 希望			
プログラム案	（※現在の予定で結構です。講師名・所属、司会者名・所属、講演タイトル等）			