

平成 27 年度 第 2 回

JOTCo.・都道府県 Co.・院内 Co.・組織移植 Co.・アイバンク Co.

合同セミナー 参加申込用紙

日時：平成 28 年 1 月 30 日（土）～31 日（日）2 日間

会場：東京大学医学部附属病院 入院棟 15 階 大会議室

会費：5,000 円

対象：JOTCo.、都道府県 Co.、院内 Co.、組織移植 Co.、アイバンク Co.

日本組織移植学会認定組織移植コーディネーター試験受験希望者

	参加の日に○	お弁当必要な方 ○	懇親会参加の方 ○
1 月 30 日（土）			
1 月 31 日（日）			

※ 宿泊は各自の確保をお願いいたします。

※ 希望者にはお弁当・お茶（1,000 円）をご用意いたします。

※ 30 日（土）セミナー終了後、懇親会を開催しますので是非ご参加下さい。

ご所属 _____

ご連絡先 住所： _____

TEL： _____ FAX： _____

E-mail： _____

ふりがな

ご芳名 _____ 印

参加申し込みは 1 月 15 日（金）締め切りです

FAX 返信先：東京歯科大学市川総合病院

0 4 7 - 3 2 4 - 8 5 9 0