

●講習会・研修会 参加申込書●

【申し込み先】

高知大学医学部・整形外科
〒783-8505

高知県南国市岡豊町小蓮

FAX: 088-880-2388 担当 森田

ご希望講習日	年 月 日 午前・午後		
氏名		参加人数	名
施設名			
住所			
電話番号 (携帯番号)			
Eメール			

【備考】

※ FAX・Eメールで申し込みを受け付けております。

※ ご質問等ございましたら、備考欄にご記入下さい。