参加申込書

日時：平成27年2月4日（水）

 15：00～17：40　第8回オール北海道先進医学・医療拠点形成シンポジウム

 18：00～19：30　情報交換会

場所：ホテル札幌ガーデンパレス　2階

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　 | お名前 | ご所属 | ご職名 | ご出欠（○印をご記入ください） |
| シンポジウム | 情報交換会 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| ご住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

◎ご周知いただき、ご参加いただける方のお名前等をご記入の上、下記シンポジウム事務局まで

FAXまたはE-mailでお知らせください。

（E-mailの場合の様式は任意です。上記必要事項をお知らせください。）

◎情報交換会　会費3,000円（当日会場にて承ります。）

なお、参加申込みをされた方で都合により参加できない場合は1月27日（火）までに下記TR事務局まで

お知らせ下さい。

【シンポジウム事務局】

北海道臨床開発機構TR事務局

担当： 川端

TEL： 011-706-6899

FAX： 011-706-5025

E-mail： ykawabata@med.hokudai.ac.jp