

参加申込書

日時:平成 29 年 2 月 1 日(水)

15:00~17:40 第 10 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、すみやかにご連絡をくださいますようお願いいたします。

【シンポジウム事務局】

北海道臨床開発機構 TR 事務局

担 当：千葉・町中

T E L：011-706-6899

F A X：011-706-5025

E-mail：machinaka@huhp.hokudai.ac.jp