

FAX

送付先：日本臨床細胞学会事務局 御中

発信元：

FAX 番号：03-3233-6698

送付枚数：全枚数(本票を含む) 枚

電話番号：_____

日付：2018年 月 日

件名：第43回細胞診断学セミナー申込み

至急！

ご参考まで

ご確認ください

ご返信ください

ご回覧ください

FAX 送付先：03-3233-6698

【受付期間：2018年6月4日（月）～定員に達するまで】

第43回細胞診断学セミナーの受講希望

日程：2018年8月9日（木）～12日（日）

会場：東京医学技術専門学校（東京・両国）

会員番号：

（数字8桁）

氏名：

メールアドレス：

※受講可等のご連絡をする場合がございますので、必ずご記載願います。