

FAX送付先：03-3707-2655

東京都臨床整形外科医会統合研修会 申込書

● 参加希望者の連絡先をご記入下さい。

お名前	(フリガナ)
ご施設名	
電話番号	
e-mail	

内容	定員
令和6年度 第1回 東京都臨床整形外科医会統合研修会	100名
日時：2024年6月1日(土) 16:00～19:30	
会場：イイノホール&カンファレンスセンターRoomA 4階	

※ ご記入頂いた個人情報は、本研修会受付確認以外の目的には使用致しません。

【お申込み・お問い合わせ窓口】

帝人ヘルスケア株式会社

〒158-0097 東京都世田谷区用賀4-10-5

世田谷ビジネススクエアヒルズ4 3階

☎ 03-5797-2230 FAX 03-3707-2655

担当:飯渕 雄一郎