

第 25 回 TCOA 保険診療懇談会 参加申込書
返信用ファックス用紙

FAX 送信先 **東京都臨床整形外科医会 事務局**
FAX : 03-3518-2208
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-5 東京都医師会館 405
E-mail : office_tokyo@tcoa.jp
TEL : 03-3518-2207

ご参加につきましては、以下に記入のうえ、FAX でご返信、もしくは上記 E-mail
アドレスへ **3月21日(金)迄**にご連絡いただけますようお願い申し上げます。

ご所属

ご芳名

第1部 特別講演

「膝関節痛に対する超音波ガイド下インターベンション」

ご出席 ご欠席

第2部 保険診療懇談会（非会員の先生もご参加可能です。）

ご出席 ご欠席

情報交換会 （非会員の先生もご参加可能です。）

ご出席 ご欠席

保険診療に関する質問および疑問点等