

東京都臨床整形外科医会統合研修会 申込書

●ご参加希望者の連絡先をご記入ください

ご氏名	(フリガナ)
ご住所	〒
参加券 送付希望先	〒
ご施設名	
電話	
FAX	
メールアドレス	

内容	定員	参加希望
令和7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：2025年6月7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		

- ・参加人数に制限を設けております。
- ・先着100名の事前登録制で定員に達し次第、申し込みを締め切らせていただきます。
- ・100名を超えて申し込みをいただいた場合、ご参加をお断りさせていただくことがございます。御了承願います。尚、その際は弊社からご連絡させていただきます。
- ・ご記入いただきました個人情報は、本研修会受付確認以外の目的には使用いたしません。

【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：水村 竜吾