

第 27 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20日(金)迄**にご連絡いただけますようお願い申し上げます。

お名前：

ご所属：

ご住所：

第1部 特別講演

「下肢・足部の再建の意義：

疼痛管理の面から、機能獲得の面から」

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