

第62回関西胸部外科学会学術集会

共催セミナー申込書

FAX送付先：03-5545-5142（運営事務局宛て）

■申込者

申込日： 年 月 日

貴社名（ふりがな）			
ご担当者ご所属			
ご担当者名（ふりがな）			
所在地	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

■開催希望枠

	開催日	セミナー名	申込番号	共催費	備考
記入例	6月13日	ランチョンセミナー 1	LS-1	¥1,296,000	
第1希望					
第2希望					

■予定セッション内容（未確定の場合は、未定とご記入下さい）

講演内容（セッションテーマのみでも可）
座長（氏名・所属）
演者（氏名・所属）

■その他（ご要望等）

--

【申込書送付先】

株式会社グラフィティ

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-7-19 キャピタル赤坂5階

TEL：03-5545-5411 FAX：03-5545-5142

E-mail: 62ktsa@graffiti97.co.jp

No. \_\_\_\_\_