

FAX : 011-706-5229

獣医麻酔外科学会 北海道地区講習会 参加申込書

申込日 月 日

ふりがな	
氏名	
勤務先名称	
参加区分	獣医麻酔外科学会会員 非会員 学生 ※ いずれかに○を付けてください
連絡先住所	〒
連絡先電話番号	
メールアドレス	

※ 確認が必要な場合には事務局から連絡を取らせていただく可能性がありますので、住所、電話番号、メールアドレスも必ずご記入ください。

※ 事前申し込み期限(3月13日)を過ぎてのご連絡は当日登録扱いとなりますので、あらかじめご了承ください。