

FAX 送付先 03-3342-1723

第 1 回東京医科大学口腔外科学分野

サージカルトレーニング参加者公募用紙

別紙の免責同意書を添えて、申し込み下さい。

申込日 年 月 日

フリガナ
応募者 氏名 _____ 印

所属 _____

住所 _____

連絡先 E-mail _____

TEL _____ - _____

FAX _____ - _____

希望に○をして下さい。 実習 ・ 見学

所属学会（複数可） _____

有資格（学会専門医等） _____

