

申込先 : FAX:042-778-7788 又は E-mail:btp42kitasato@kitasato-u.ac.jp

申込日 年 月 日

## 三二臨床病理検討会ご宿泊希望書

※三二臨床病理検討会参加対象は35歳以下となっております。詳しくはホームページをご確認ください。

※必ず生年月日、抄録登録番号、ご宿泊希望日の記載をお願いします。記載ない場合、申し込み無効とさせていただきます。

※お申込み多数の場合、先着順となります。

フリガナ			
氏名			
性別	男 女	※生年月日	年 月 日 ( ) 歳
※演題登録番号		電話	
FAX番号		メールアドレス	
フリガナ			
勤務先			
勤務先住所			
勤務先TEL		勤務先FAX	
※連泊ご希望有無	※連泊ご希望の有無に○をお願いいたします 連泊希望 ・ 連泊希望なし		
※ご宿泊希望日	5/23日(木)	5/24日(金)	5/25日(土)
	※連泊ご希望の場合、希望日に○をお願いいたします 1泊分の、ご宿泊を学会事務局にて負担させていただきます。 なお、ホテルにおける各種パーソナルユース(ご飲食など)は、ご本人様負担とさせていただきます。また、連泊ご希望の先生は、ご自身ご負担分は直接ホテルにてお支払いをお願いいたします。		
受付番号	※事務局記載使用欄		

(お申し込み先)

第42回日本脳腫瘍病理学会 事務局 (北里大学医学部脳神経外科内)

E-mail : btp42kitasato@kitasato-u.ac.jp

FAX : 042-778-7788

※事務局受領後に受領書をお送りいたします。数日経っても届かない場合、事務局までご連絡をお願いいたします。