第20回東京都医学検査学会

ランチョンセミナー 申込書

　2025　年　　　月　　　日

◆　申込者情報

会社名

住所 〒

Tel: 　　　　　　　　　　　　　　　　Fax:

部課名　　　　　　　　　　　　　　　 担当者

E-mail:

◆　予定講演内容および時間枠

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 演題名 |  |  |
| 座長 | 氏名： | 所属： |
| 講演者 | 氏名： | 所属： |
| 希望会場 | 第1希望 | 第2希望 |
| その他通信欄 |  |  |

◆　申込書送付先：近藤　昌知（府中恵仁会病院）

　　　　　　　　　Mail：[kondo.20tmamt@gmail.com](mailto:kondo.20tmamt@gmail.com)

　　この申込書にご記入の上、PDF化して上記のアドレスまで送信願います。

　　決定後、詳細および振込先をご案内いたします。

◆　問い合わせ先　上記メールアドレスにてお問い合わせ願います。

◆　この申込用紙は、都臨技ホームページの「医学検査学会」のページに掲載

してありますので、ダウンロードしてご利用ください。