

**西新潟中央病院 てんかんセンター
2018年夏季セミナー
参加申込書**

ふりがな	
氏名	
所属	〒
専門科	
卒業年次	
連絡先 (必ずご記入 下さい)	住所：〒 TEL： FAX： E-mail：
宿泊希望	あり (どちらかを選択) なし 注:個室希望の方は下の欄にご記入下さい。先着順で満室の場合は相部屋(6人)となります。
その他 希望・要望・ 質問など,何 もお書き 下さい	