

申込先： FAX：022-723-3210

運営事務局 (株)コングレ東北支社内

申込締切：2017年2月24日(金)17時必着

申込日： 年 月 日

第54回日本小児外科学会学術集会 (JSPS2017)

関連会合・委員会 申込書

※以下の欄に必要事項をご記入の上お申し込みください。

※事務局欄	受領日	No.
-------	-----	-----

(必須) 会合の正式名称	ふりがな _____		
	※「会合の正式名称」はプログラム集およびWebに掲載いたしますので、正確にご記入ください。		
会合の略称			
(必須) 主催者	団体・所属名		
	ご役職		
	代表者ご氏名		
(必須) 開催希望日時	※以下の欄には、準備から撤収までを含めた希望時間をご記入ください。		会議予定時間
	第1希望 (必須)	2017年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分
	第2希望 (必須)	2017年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分
	第3希望	2017年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分
(必須) 希望座席数	席	※会場名は後日ご連絡いたします	
(必須) 会場形式	<input type="checkbox"/> □の字 <input type="checkbox"/> 島組み <input type="checkbox"/> スクール形式 <input type="checkbox"/> その他 ()		
(必須) ご担当者氏名・ご連絡先など	ふりがな _____		※事務局記入欄
	ご氏名： _____		
	住所： (〒 _____) _____		
	ビル名 _____		
	大学・病院 _____		
	TEL： _____	FAX： _____	
	E-Mail： _____		
備考欄 (ご希望等があればご記入ください)			