第12回明日のガンマナイフを担う会　演題申込用紙

電話番号をお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| Fax送信先 | ０６－＊＊＊＊－＊＊＊＊ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 演　題　名 |  | | | |
| 発表演者 | 氏　名 |  | 施設名 |  |
| 共同演者 | 氏　名 |  | 施設名 |  |
| 前抄録 | 担当者名をお願いします | | | |

e-mailをお願いします

連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | e-mail |  | 電　話 |  |
| 施設名 |  | 住　所 |  | | |

第12回明日のガンマナイフを担う会事務局

国立循環器病研究センター　脳神経外科　＊＊＊＊＊＊＊　（e-mail:\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*）

〒565-8565　吹田市藤白台５－７－１　℡：０６－６８３３－５０１２