第 49 回鏡検セミナー参加申し込み用紙

申込み期限（目安）12 月 3 日（月）

送信先: ㈱戸田中央臨床検査研究所　病理検査科　　川嶋　活彦

E.Mail　：　k2_kawashima@tmg.or.jp

問合せは TEL　：　048-433-3719（ダイヤルイン）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（TEL）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者名	鏡検	ディスカッション
例：埼玉　しぶ朗	○	○

症例提供：　　あり　・　なし　　（いずれかに○を付けてください）

症例提供者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

症　例＿＿＿＿＿＿＿＿＿科　　材　料＿＿＿＿＿＿＿＿

●症例に対しコメントありましたら、記入願います.