

第 50 回鏡検セミナー参加申し込み用紙

申込み期限 (目安) 6 月 14 日 (金)

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)

症例提示者氏名 _____

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。