【申込締切日:　2017年8月18日（金）】

第33回日本小児外科学会秋季シンポジウム，PSJM2017 運営事務局宛					申込日:2017年　月　日
委員会，会議の名称					
ご希望日時	第 1 希望:　月　日（　）　時　分 ～　時　分				
	第 2 希望:　月　日（　）　時　分 ～　時　分				
	第 3 希望:　月　日（　）　時　分 ～　時　分				
参加人数		名様程度	※会議室に入室される合計人数をご記入ください。		
希望ﾚｲｱｳﾄ	ロの字 ・ シアター形式 ・ スクール形式			※ご希望のﾚｲｱｳﾄを〇で囲んでください。 ※ご希望に添えないこともございますので、予めご了承下さい。	
主催団体					
ご請求先名	※主催団体とご請求先が異なる場合のみ、ご記入ください。				
ご連絡先	ﾌﾘｶﾅ ご担当者氏名:				
	ご所属:				
	ご住所:				
	TEL :				
	FAX				
	E-Mail:				
飲食･機材の有無	飲食	有・無	機材	有・無	※有無いずれかを〇で 囲んでください。 手配については後日ご案内いたします。
その他 （飲食･機材の内容、その他ご希望があればご記入ください。）					

※すべての項目をご記入のうえ、運営事務局にﾌｧｯｸｽにてお送りくださいますようお願い申しあげます。

※申込み多数の場合は、ご希望に添えかねる場合がございますのでご了承ください。

第33回日本小児外科学会秋季シンポジウム／PSJM2017実行委員会
総合事務局担当：島秀樹
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～
〒216-8511　神奈川県川崎市宮前区菅生2丁目16番地1号
聖マリアンナ医科大学小児外科　島　秀樹
FAX：044-975-1400
Mail：h-shima@marianna-u.ac.jp
～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～