

第 15 回中皮腫細胞診セミナー申込書

(申込期日：2月28日)

送り先：kobemcs15@gmail.com
神戸大学医学部附属病院 病理部 塚本宛

氏名 (漢字/フリガナ)	/
勤務地/部署名	
勤務地住所	〒
E-mail (必須)	
資格	細胞検査士 臨床検査技師 医師 その他 ()
CT 番号	JSC IAC
Web 開催 (Zoom) 参加費：¥2,000	3月12日 (土) 13:00~ 講演、症例提示等 ※本セミナーは「Zoom」で実施いたします。視聴にあたっては、インターネット環境、PC やスマートフォン等の機器設備環境等をご確認の上、お申し込みください。 参考: https://zoom.us/ ZoomのミーティングIDとパスワードは入金確認後、お送りします。

受付の回答は、土・日・祝日を除いて4日以内に回答いたします。

4 日を越えても回答が無い場合は、何等かの事情でこちらに情報が届いていない可能性があります。その場合は、電話で連絡をお願い致します。

なお、参加費入金の方法は、受付確認後お送りします。

第 15 回中皮腫細胞診セミナー事務局

神戸大学医学部附属病院 病理部 塚本龍子、今川奈央子

[TEL:078-382-6474](tel:078-382-6474)

E-mail:kobemcs15@gmail.com