

西暦 年 月 日

公益財団法人がん研究会 有明病院
病 院 長 佐 野 武 殿

がん研 BC Academia 参加申込書

私議、貴院にて行われるがん研 BC Academia に参加致したく、お願い致します。

記

ご氏名 : _____

ご勤務先 : _____

連絡先 : 〒 — _____

TEL : _____ FAX : _____

E-mail : _____

以上