

FAX : 03-3219-0750

**「瀬田クリニックグループ 免疫細胞治療 臨床報告会」
参加申込書**

開催日時	9月2日(土) 15:00～ (懇親会 18:00～)		
臨床報告会	ご出席	・	ご欠席
懇親会	ご出席	・	ご欠席
それぞれいずれかを○でお囲みください。			
ふりがな ご芳名			
ご所属			
電話番号	(内線:)		
ご参加される方が複数いらっしゃる場合は、以下にご記入をお願いいたします。			
ご芳名 (ふりがな)	ご所属		
通信欄	ご意見・ご要望等ございましたらご記入ください。		

◎参加申込書は8月18日(金)までに FAX またはメール(iryorenkei@j-immunother.com)にてご返送くださいますようお願いいたします。

◎お申し込み後の内容変更につきましては、お手数ですが以下までご連絡ください。
医療法人社団 混志会 法人本部 電話:03-5244-5750 (担当:落合、柴田)