第30回日本CT検診学会学術集会

**大腸CTハンズオンセミナー参加申込書**

申込日2023年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| ご芳名 |  | |
| 勤務先施設名 |  | |
| 所属科 |  | |
| ご連絡先  （勤務先住所） | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| FAX番号 |  | |
| E-mail |  | |
| 当大会 参加登録ID | 参加登録の際付与されたIDをご記入ください。 |

[申込送信先]

第30回日本CT検診学会学術集会　運営事務局

株式会社コンベンションリンケージ内

〒860-0805　熊本市中央区桜町２番17号　第２甲斐田ビル５階

Tel.096-288-0882／Fax.096-288-0883

Email: jscts30@c-linkage.co.jp