**第39回埼玉県臨床細胞学会・埼玉県臨床細胞医会参加申し込み書**

|  |  |
| --- | --- |
| **ご施設名：** |  |
| **ご連絡先:** |  |
| **メールアドレス：** |  |
| **氏名：** |  | **かな：** |  |
| **称号：** | **JSC****NO.【　　　】** | **IAC****NO.【　　　】** | **MD** | **MT** | **その他****【　　　】** |
| * **会場に出席**
 |
| * **Live配信（ZOOM）による参加**
 |
| **以下連名の場合ご使用ください．** |
| **氏名：** |  | **かな：** |  |
| **メールアドレス：** |  |
| **称号：** | **JSC****NO.【　　　】** | **IAC****NO.【　　　】** | **MD** | **MT** | **その他****【　　　】** |
|  |
| **氏名：** |  | **かな：** |  |
| **メールアドレス：** |  |
| **称号：** | **JSC****NO.【　　　】** | **IAC****NO.【　　　】** | **MD** | **MT** | **その他****【　　　】** |

【 参加申し込み先 】

JCHO埼玉メディカルセンター　病理診断科　鈴木　隆

TEL：048-832-4951（代表） 内線1321

**E‐mail: dai39saitama@gmail.com**

参加申し込みは**3月19日**までに，必要事項を記載し上記メールにお申し込みください．

送信の際，件名の欄には「第39回埼玉県臨床細胞学会参加申し込み」と氏名の記載をお願いします