

臨床研究中核病院キックオフシンポジウム及び懇親会参加申込用紙

日時：平成25年10月5日(土) 13:00～受付開始

場所：岡山大学医学部第一臨床講義室

平成 年 月 日

岡山大学病院

岡山大学病院新医療研究開発センター 行

病院等名

出席者	役職	氏名	キックオフ シンポジウム	懇親会
出席者	役職	氏名	出席・欠席	出席・欠席

出席者	役職	氏名	出席・欠席	出席・欠席
-----	----	----	-------	-------

出席者	役職	氏名	出席・欠席	出席・欠席
-----	----	----	-------	-------

出席者	役職	氏名	出席・欠席	出席・欠席
-----	----	----	-------	-------

*出席・欠席のいずれかに○をお付けください。

FAX送信先 岡山大学病院新医療研究開発センター

086-235-6505



岡山大学病院

OKAYAMA UNIV. HOSPITAL