

第 82 回長野県小児科医会学術セミナー

共催セミナー申込書

申込日	令和 8 年 月 日
貴社名	※印刷物等への掲載時に使用させていただきます。
ご担当者所属部署名	
ご担当者名	
ご連絡先	TEL : E-mail :
テーマ	
座長	お名前 ご所属
演者	お名前 ご所属
その他、ご希望またはお問い合わせがあればご記入ください。	