

FAX 送信先: 086-805-2232

第 53 回日本糖尿病学会年次学術集会 関連会合事務局行 担当: 山中・木山

(問い合わせ先 TEL: 086-805-2233)

※会合を複数お申込みの場合は、この用紙をコピーして、1 会合につき用紙 1 枚でご記入ください。

申し込み締切日: 2010年1月29日(金)

会合名 ※正式名称で ご記入ください		
ご希望内容	第 1 希望 月 日() 開始時間: : ~ 終了時間: :	
	第 2 希望 月 日() 開始時間: : ~ 終了時間: :	
	第 3 希望 月 日() 開始時間: : ~ 終了時間: :	
	ご都合の悪い日時があればご記入ください。	
	※会場に限りがありますので、必ずしも開催希望日時と決定日時が一致しないことがあります。予めご了承ください。	
	参加人数: 名 必要席数: 席	
レイアウト	①スクール ②シアター ③口の字 番号: _____ ④島組み ⑤特殊レイアウト	
ご担当者・ 連絡先	ご氏名:	
	ご所属:	
	住所: 〒	
	TEL:	FAX:
E-mail:		
その他ご要望があればご記入ください。		