

社)神戸市獣医師会主催平成30年度第2回学術研修会

参加申込書

所属獣医師会名	獣医師会	
氏名		
勤務先名		
連絡先	住所	
	TEL	
	FAX	

※ 必ず、全てご記入ください。

※ お手数ですが、人数分お送りください。

参加申し込み〆切:10月12日(金)

ただし定員40名となった時点で申し込みは打ち切ります

※受付は FAX のみ※

FAX 送信先:社)神戸市獣医師会事務局

078-272-2180