

第2回クリニカルバイオバンク研究会 運営事務局宛
申込締切：平成28年7月8日（金）正午必着
FAX：011-768-7804

**第2回クリニカルバイオバンク研究会 シンポジウム  
参加申込書**

下記の必要事項をご記入のうえ、運営事務局宛に FAX にてご送付ください。

**【参加者情報】**（全ての項目をご記入ください。）

ふりがな 氏名	
所属施設名	
所属先住所	〒
連絡先	電話番号： E-mail：

**【参加申込内容】**

学会参加 (3,000円)	参加する      (○で囲んでください)
懇親会 (3,000円)	参加する      ・      参加しない

※学会参加費・懇親会参加費（各 3,000 円）は当日参加受付にてお支払ください。

※懇親会は参加定員がありますので、ご参加いただけない場合がございます。

（参加を承れない場合、お申込受領後、Fax または E-mail にて御連絡いたします）