|  |
| --- |
| ＦＡＸ番号０３－５２９１－２１７６ |
| 送信先一般社団法人 日本形成外科学会 事務局　宛 |
| 要件皮膚腫瘍外科分野指導医　盾　申込 |
| 氏名： 送付先住所：〒 電話番号： 商品no.： 料金： 円※ＦＡＸが届き次第、確認の為ご連絡をさせていただきます。 |

盾注文書ＦＡＸ用紙