|  |
| --- |
| 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