

盾注文書 F A X 用紙

F A X 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

※ F A X が届き次第、確認の為ご連絡をさせていただきます。