

第 33 回日本画像医学会 抄録集／プログラム 申込書

FAX 送信先 : 03-3405-0239

日 本 画 像 医 学 会

◇冊数

冊 (単価 3,000 円)

◇お送り先

〒

◇ご担当者部署名・お名前

◇電話・e-mail

【ご案内】

ご請求書を同封のうえ、上記お送り先に、お申し込み冊数をお送りいたします。