**西新潟中央病院　てんかんセンター**

**てんかんWebセミナー2025**

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属 | 〒 |
| 専門科 |  |
| 卒業年次 |  |
| 連絡先（必ずご記入下さい） | 住所 ： 〒ＴＥＬ ：ＦＡＸ ：Ｅ-ｍａｉｌ ： |
| その他希望・要望・質問など，何でもお書き下さい |  |
| 領収書の有無 | 　　　　　　　有　　　　　　　無　　　　　　 |