

HOPES2026（第9回北海道外科関連学会機構合同学術集会）

共催セミナー申込書

運営事務局 マイス(株)宛

送付先E-mail : company@hopes.hkdo.jp

年 月 日

会 社 名			
部 署 名		担 当 者 名	
所 在 地	〒		
T E L			
E - M A I L			
振 込 予 定 日	月 日 頃		
請 求 書	要 ・ 不要 (メールにてPDFにて送付します)		

下記の通り共催セミナーを申し込みます。（お手数ですが第2希望まで記載ください。）

第1希望

番号	セミナー名	予定開催日時	共催費
			円

第2希望

番号	セミナー名	予定開催日時	共催費
			円

■プログラム案 （※現在の予定、ご希望で結構です。）

領域について、以下該当の領域に○をつけてください。

- ・ 外科領域全般 ・ 消化器外科（小児外科も含む） ・ 心臓大血管外科
- ・ 血管外科 ・ 呼吸器外科 ・ 乳腺外科

テーマ :

座長（氏名・所属） :

演者（氏名・所属） :