

## 第16回 埼玉臨床画像研究会 FAX 申込書

エーザイ株式会社  
高山 力 様

FAX 048-647-9971

ご施設名: \_\_\_\_\_

診療科名: \_\_\_\_\_

ご参加人数: \_\_\_\_\_名

FAX送信日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日