

## 第12回鎌倉ライブデモンストレーション 参加申込書

☐ Medical   ☐ Co-Medical   ☐ Non-Medical

NPO会員ID：

お名前：

役職：

病院名 / 企業名 / 団体名：

住所：

電話番号：

Fax番号：

E-mail：

☐ 銀行振込した際の明細書コピーを添付同封の上、事務局にご郵送お願い致します。

振込明細書コピー貼付け

*Thank you!*

Conference Secretariat

Shonan Kamakura General Hospital   Research Center   Division of Cardiology & Catheterization Laboratories

Address: 1202-1, Yamazaki, Kamakura 247-8533, Japan TEL: +81-467-461717 FAX: +81-467-461907

E-mail address: [saito@shonankamakura.or.jp](mailto:saito@shonankamakura.or.jp) <http://www.kamakuralive.org>