

学校法人東京女子医科大学

臨床ゲノムセンター講演会 参加希望

ご芳名：

ご所属：

ご連絡先① E-mail：

ご連絡先② お電話：

1/30（火）までに FAX にてご返信をお願い致します。

なお、参加希望人数によりましては、ご希望に添えない場合もございますので
その際は、当センターよりご連絡申し上げます。

お申し込み後に、当センターからご連絡がない場合には、ご聴講いただけますので、
15 分前にはご来場の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご返信先：臨床ゲノムセンター

FAX：03-5269-7126