

令和 年 月 日

年会費3,000円/医師、1,000円/医師以外を下記までお振り込みください。

本申込書送付およびお問い合わせ先
〒860-0004 熊本市中央区新町2-12-35
服部胃腸科JSCEQ事務局 川上 幸一郎(事務担当)
TEL 096-325-2300
E-mail: ko-kawa@hattori-clinic.com

令和 年 月 日

本申込書送付およびお問い合わせ先
〒860-0004 熊本市中央区新町2-12-35
服部胃腸科JSCEQ事務局 川上 幸一郎(事務担当)
TEL 096-325-2300
E-mail: ko-kawa@hattori-clinic.com