

第 25 回九州地区小動物獣医学会卒後研修会
参加申込書

鹿児島県獣医師会 宛
(FAX 099-250-4004, kaiin-room@po.minc.ne.jp)

参加者名	所属機関	所属獣医師会	弁当*
			要・不要
			要・不要
			要・不要

*

弁当（1000 円予定）のご希望の有無を必ずご記入ください。
（ランチョンセミナーでは弁当の購入が必要です。）

備考