

昭和大学甲状腺フォーラム 正会員登録申込書

ご氏名 _____

ご所属 (医療機関名) _____

(診療科、部門) _____

(役職) _____

ご職種 (医師、看護師、検査技師、薬剤師、学生、その他)

E-mail address : _____

ご連絡先住所 : _____

<学術集会事務局>

昭和大学甲状腺フォーラム学術集会 事務局

昭和大学横浜市北部病院 甲状腺センター

〒224-8503 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央 35-1

Tel: 045-949-7000

Fax: 045-949-7117

事務局長: 福島 光浩 (昭和大学横浜市北部病院 甲状腺センター 外科)