

第33回保険医作品展 出展申込用紙

10月4日までに協会事務局までFAXお願いします。(FAX 019-651-7374)

お名前 _____

医療機関名 _____

連絡先

住所

電話番号 _____

作品の種類 _____ 作品数 _____

作品のタイトル _____

作品の大きさ (大体で結構です)

コメント・注意事項がございましたらお願いします

作品受け渡し希望日時 (10月7日~10月17日の間で
ご希望がございましたらご記入ください)

第1希望 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) _____ 時頃

第2希望 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) _____ 時頃