

参加申込について

1. 参加は、事前申込順とさせていただきます。下記参加申込み用紙に参加される医師のお名前と医療機関名、ご連絡（返信）先の番号をご記入いただき、FAXにて協会までお申し込みください。

E-mailにてお申込になる方は、参加される方のお名前と医療機関名をご記入いただき、送信ください。

E-mail : kumamoto-hok@doc-net.or.jp

2. 定員になり次第、申込を締め切らせていただきますので、お早めにお申し込みください。（定員90名）

一般社団法人 熊本県保険医協会 行 (FAX 096-385-6448)

参加申込用紙

お名前

医療機関名

ご連絡先番号

講演会名：採血・注射時の神経損傷における複合性局所疼痛症候群（CRPS）について

開催月日：平成30年**11月29日(木)** 午後**7:00~9:30**

開催場所：熊本県医師会館 6階 熊本市中央区花畑町1-13 ☎096-354-3838

一般社団法人 熊本県保険医協会 (☎ 096-385-3330 FAX 096-385-6448
E-mail kumamoto-hok@doc-net.or.jp)