

To: 大勝病院 有村公良
Fax No. 099-254-9643

第23回臨床神経生理研究会発表：一般演題申込書

代表者名： _____

所 属： _____

連絡先： 〒 _____

TEL () _____

FAX () _____

e-mail : _____ @ _____

演題名	
所 属	
発表者	

抄録は 200 字程度で (MS-Word ファイル形式)、当番事務局へ E-mail で送付してください。(送付先：k4020k@gmail.com)

演題申込締切:7月18日(月曜日)