

平成 29 年度 JAHA 年次大会 症例発表会

発表演題申込用紙

送信先：JAHA 事務局（FAX 03-6262-5253）

締切：8 月 25 日

2017 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

発表者氏名			JAHA 会員番号	
所 属 (動物病院名)	(院長名： _____ )			
ご連絡先	〒 _____  ( <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 )			
	TEL	_____	FAX	_____
	E-mail	_____		

演題名	(申込段階で未定の場合は、おおまかな予定内容をご記入ください)
JAHA 認定医 受験予定	<input type="checkbox"/> あり (総合臨床医・内科認定医・外科認定医) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定
通信欄	症例発表にあたって、ご質問や連絡事項などがございましたらご記入ください。