

# 申 込 書

月 日開催の  
「兵庫県立大学先端医療工学研究所  
第 回医療工学連携セミナー」に出席します

人数 ( )名

お名前

[ ]

申込日 年 月 日

(連絡先ご担当者様)

所 属 :

氏 名 :

電話番号 :

E-mail :

---

期限までにメール又は FAX でご連絡ください。

兵庫県公立大学法人 兵庫県立大学 先端医療工学研究所

TEL:079-280-1248(代表) FAX:079-280-1247 E-mail:info@ame.u-hyogo.ac.jp