

---

— <お知らせ> —

平野朝雄教授神経病理セミナー  
—— 神経内科医のために ——

会 期 2014 年 5 月 30 日(金)～5 月 31 日(土)

会 場 山西福祉記念会館 (〒530-0026 大阪府大阪市北区神山町 11-12)

募集人員 70 名 (会費納付確認順)

受講料 30,000 円

申込方法 E-mail にて, 所属, 氏名 (フリガナ), 連絡先 (勤務先住所, 連絡先住所, Tel, Fax, メールアドレスなど) を下記事務局宛に送信してください。

振込方法 郵便振替口座番号: 00920-7-126408 「平野朝雄教授神経病理セミナー」

(振込には郵便局にある振込取扱票をご利用ください。)

受講料の郵便振込が確認された時点で手続きが完了となり受講証を発行いたします。振込終了後, 定員を超えたため受講していただけないと判明した場合には責任を持ってご返金申しあげます (事務手続き上, 振込はできるだけ申込と同時にお願いいたします)。5 月 28 日以降の取消につきましてはキャンセル料がかかります。またご連絡なくキャンセルなさいますと受講料は返金できませんのでご注意ください。

受付期限 2014 年 5 月 26 日

申込先 「平野朝雄教授神経病理セミナー」事務局

田附興風会北野病院神経センター神経内科 北野病院電子顕微鏡室 (担当: 福井)

〒530-8480 大阪府大阪市北区扇町 2-4-20

Tel・Fax: 06-6312-8848 (直通) E-mail address: sfukui@kitano-hp.or.jp