

【会合名】 第63回日本神経眼科学会総会		／ 個口	
学会名			
貴社名			
ご担当者名			
緊急連絡先（携帯番号）			
内容物	関連学会		
	□ポスター(1枚) □チラシ(枚)		
送付先	〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンター 5F リザベーションオフィス 十河宛 備考欄:『11/20-22 第63回日本神経眼科学会総会』 TEL:06-6873-2010		

※カラー出力の上、必要部数を印刷してご利用下さい。

※必要事項を全てご記入の上、必ず**荷物側面の4面**に貼ってください。

※学会終了後は廃棄させていただきますのでご了承ください。

着荷日時
11月19日(水) 午前着指定