**―第53回大韓臨床病理士協会全国総合学術大会－**

**参加申込用紙**

第53回大韓臨床病理士協会全国総合学術大会に参加しますので申し込みます。

（四角枠内のいずれかにレ）

発表者として参加（日臨技補助2分の1）

一般参加者として参加（日臨技補助3分の1）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 男 | 生　年　月　日  ※西暦年も記入ください | | |
| 氏　名 |  | | | 女 | 年　　　月　　　日　（　　　歳）  （西暦19　　　年） | | |
| 会員番号 |  | | | | 所属 |  | |
| 勤　務　先 | 施設名 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| Email |  | | | | | |
| 自宅住所 | 〒　　－ | | | | | | 電話番号  携帯電話 |
| 喫　　　煙 | イ．する　　ロ．しない | | |  | | | |
| 所有する有効なパスポート | | | 10年・5年有効  旅券番号／　　　　　　　　　発行年月日／ | | | | |
| （発表者のみ）  発表予定演題名　　※英語使用 | | |  | | | | |

※パスポートのコピーを添付してください