

日臨技 首都圏支部臨床生理研修会 参加申込用紙

A : FAX または郵送での申込みはできません。

B : E メールでの申込み

1) 参加研修会名称 (超音波分野研修会・神経生理分野研修会を明記)
2) 所属県名 3) 会員番号 4) 漢字氏名(ふりがな) 5) 性別 6) 年齢 7) 施設名 8) 所属部署
9) 施設住所 10) 電話番号 11) FAX 番号 12) 連絡メールアドレス
以上 1)~12)を列記し下記アドレスへメール送信してください。

又は、下記の申込書に必要事項をご記入の上、添付ファイルにて下記アドレスへメール送信してください。

後日受領確認案内をお申し込み頂いたメールにてご案内します。

研修会名 (1つ選択)	超音波分野研修会 ・ 神経生理分野研修会
所属県名	
会員番号	
漢字氏名 (ふりがな)	
性別	男性 女性
年齢	
施設名	
所属部署	
施設住所 (連絡先)	〒
電話番号/FAX 番号	
連絡用 E メールアドレス	

o-shnji@tokyo-med.ac.jp

宿泊の手配は、参加者各自でお願い致します。