

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。