

第13回麻酔科学ウインターセミナー 参加登録シート

①参加者氏名： _____

②参加者フリガナ： _____

③所属機関： _____

④郵便番号： _____

⑤住所： _____

⑥電話番号： _____ ⑦FAX番号： _____

⑧Eメールアドレス： _____

⑨以下該当するものに○をお付けください

< > 2月9日（土）経食道心エコー（TEE）セミナー参加を希望

※上記セミナーに参加されると、日本心臓血管麻酔学会の心臓血管麻酔専門医認定制度におけるポイント3点を取得できます。このポイント取得には事前登録が必要となります。

< > 後援学会会員

（後援学会名） _____ （会員番号） _____

< > 会員以外の医師

< > 後期研修医（医師3、4年目）

< > 臨床工学技士・看護師

< > 初期研修医・医学生

< > 参加者の同伴者

（参加者名前） _____ （年齢） _____