

第14回麻酔科学ウインターセミナー 参加登録用紙

送付先FAX 番号 011-728-6151

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

< > 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) ・ 初期研修医

< > 臨床工学技士・看護師 その他コメディカル

< > 医学生

< > 参加者の同伴者

(参加者名前) _____ (年齢) _____