

第17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： _____ ⑦ FAX番号： _____

⑧ E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)

< > 臨床工学技士・看護師

< > 初期研修医・医学生

【次ページに続く】

< > 参加者の同伴者

(参加者名前) _____ (年齢) _____

《JB-POT認定 TEEセミナー(経食道エコーセミナー)申込案内》

講習会終了時にJB-POTの点数5点が付与された参加証をお渡しします。

2月12日(日)午前中 (90分間を予定しております)

参加する < >

参加しない < >