

第18回麻酔科学ウインターセミナー 参加登録シート

※申込〆切 1月31日(水)

- 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
- < > 研修医 (医師3、4年目) ・コメディカル
- < > 医学生
- < > 参加者の同伴者 (年齢) _____
(参加者名前) _____

《JB-POT認定 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9日(金) (90分間を予定しております)

参加する < >

参加しない < >

《ウェルカムパーティー／懇親会》

2月9日 19:00～21:00 ウェルカムパーティー【ロイトン札幌】

参加する < >

参加しない < >

2月10日 17:00～19:00 懇親会【札幌ビール園】

参加する < >

参加しない < >

参加登録申し込み先

【運営事務局】

株式会社エムコム 横井・木下

〒001-0011 札幌市北区北11条西4丁目1-15

TEL: 011-728-6188 FAX: 011-728-6151

E-mail: takanori_yokoi@ni.wism-mutoh.co.jp