|  |
| --- |
| 【送信先】第17回日本消化器内視鏡学会東海支部ガイドライン研修会事務局代行 ㈱セントラルコンベンションサービス　　　　　**E-mail　 ｇｕｉｄｅｌｉｎｅ１７＠ｃｃｓ－ｎｅｔ.ｃｏ.ｊｐ**　　　　　**FAX番号　０５２（２６９）３２５２** |

**第17回日本消化器内視鏡学会東海支部ガイドライン研修会**

**受講申込用紙**

◎太枠内のご記入をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 　ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 職種（いずれかに✔をつけてください）　　[ ]  医師　　[ ]  その他（　　　　　　　 　） |
| 勤務先・ご所属先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ご連絡先（いずれかに✔をつけてください）　　[ ]  勤務先　　　[ ]  自宅　　　[ ]  その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所　〒　　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 過去の参加の有無（いずれかに✔をつけてください）　　[ ]  有　　　　　[ ]  無　 | 消化器内視鏡経験　（医師または技師として） 　　　年　 |

《備考》

No.