|  |
| --- |
| 【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.