

申 込 書

希望コース (○をつけて下さい)	() 腹部エコー () 心エコー () 下肢静脈エコー () 頸動脈エコー () 消化管エコー
希望日程	2017年 5月 日 時 2017年 5月 日 時
お名前	
フリガナ	
Email	@
所属施設名	
所属部門名	
所属施設住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
職種 (○をつけて下さい)	医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師・その他
エコー経験年数	年 カ月 (参加する領域の経験をご記入願います)
特記事項	

※ セミナーテキスト等の資料送付先や連絡先が勤務先と異なる場合は必ず下記をご記入下さい

送付先住所	〒
電話番号	
FAX 番号	

※ 複数の講座受講を希望する場合や複数名で申し込まれる場合は、この用紙をコピーしてお使い下さい

※ メールにてお申し込みの方は上記項目について記入し、下記アドレスへお願いいたします

※ インターネットからもお申込みいただけます ⇒ <http://us-ism.jp/hakata/>

FAX : 0422-27-8084 E-mail : info@us-ism.net