埼玉医科大学保健医療学部 第27回公開講座

　　　　　　　　　　－超音波講習会－　　（12月2日実施）

参加申込書に必要事項を記載し下記の宛先までEメールまたはFAXにてお申込下さい。

お申込先 　 E-mail：kishino@saitama-med.ac.jp

FAX：042-984-4804

申込締切 　　11月28日（火）

--------------------------------------------------------------------------------

参加申込書

①　氏　 名　：

②　性　 別　：　　男　・　女

③　年 　齢　：　　　　　　才

④　連絡先　：　電話番号

　　　　　　　 　　メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　（またはFAX　　　　　　　　　　　　　　）

⑤　腹部超音波検査の経験　：　　有　・　無

（有の場合の経験年数　：　およそ　　　　　　年　・　月）

同伴者ありの場合はご記入下さい

⑥　氏名：　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女　　　　年齢：　　　　才　　　　経験：　有　・　無

⑦　氏名：　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女　　　　年齢：　　　　才　　　　経験：　有　・　無

⑧　氏名：　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女　　　　年齢：　　　　才　　　　経験：　有　・　無

※個人情報の取扱いについて

ご記入いただいた情報は公開講座の実施のために利用し、それ以外の目的には使用しません。

 お問合せ　 埼玉医科大学保健医療学部　臨床検査学科　公開講座担当　（来住野　修）

　　　　　　　〒350-1241　埼玉県日高市山根1397-1（日高キャンパス）　TEL：042-984-4801

E-mail：kishino@saitama-med.ac.jp FAX：042-984-4804