

第1回 医師のための筋電図・神経筋電気診断セミナー
- 初学者を対象として -

参加をご希望の方は、下記にご記入の上、5月31日(月)までにお申し込み下さい。
なお、応募者が多数の場合は、お断りすることがありますので、あらかじめご了承下さい。

氏名：

所属機関名称：

住所：〒

連絡先：e-mail

電話

FAX

卒業大学および卒業年次：

宿泊希望の有無： 6月18日(金)、6月19日(土)に宿泊希望あり
 6月18日(金)に宿泊希望あり
 6月19日(土)に宿泊希望あり
 宿泊希望なし

自身の神経伝導検査と針筋電図検査の経験を簡潔に記載して下さい。

経験年数：

経験症例数(概数)：

指導者名：

その他：

返送先：日本臨床神経生理学会事務局 FAX 03(3815)0843