**第15回「臨床神経生理技術講習会・東京」申し込み用紙**

**ＦＡＸ　0463-95-8248**

**E-mail** [**tokaireha@tokai-u.jp**](mailto:tokaireha@tokai-u.jp)

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ**  **氏名** | **資格（医師、臨床検査技師、その他）**  日本臨床神経生理学会（会員、非会員）  非会員は学会入会希望（有、無） |
| **所属先**  **住所** | 〒 |
| **連絡先**  **Tel / Fax**  **E-mail（参加費振込先をご連絡します）** |  |
| **参加希望コース** | **1　脳波検査コース**  **2　神経伝導検査コース** |
| 学会認定更新ポイント希望 | 更新ポイント希望　　有□　　無□  　学会認定師（脳波分野、筋電図・神経伝導分野）  　学会認定技術師（脳波分野、筋電図・神経伝導分野） |
| **ZOOMで利用予定のメールアドレス** |  |

**氏名・フリガナ・資格・所属先・住所・連絡先・TEL/FAX・E-mail・参加希望コース・ZOOMで利用予定のメールアドレスは必ずご記入ください。**

**\*「Zoomで利用予定のメールアドレス」にて、各コースの出欠確認を行いますので、お忘れのないようご注意ください。**