

第 15 回「臨床神経生理技術講習会・東京」申し込み用紙

F A X 0463-95-8248

E-mail tokaireha@tokai-u.jp

フリガナ 氏名	<p style="text-align: right;">資格（医師、臨床検査技師、その他）</p> <p style="text-align: right;">日本臨床神経生理学会（会員、非会員）</p> <p style="text-align: right;">非会員は学会入会希望（有、無）</p>
所属先 住所	〒
連絡先 Tel / Fax E-mail	
参加希望コース	1 脳波検査アドバンスコース 2 脳波検査初心者コース *（脳波判読症例件数 件） *一つ選択（紙脳波・デジタル脳波（日本光電以外）・デジタル脳波（日本光電）） 3 神経伝導検査コース 4 神経伝導検査初心者コース
学会認定更新ポイント希望	更新ポイント希望 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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）
連絡事項があれば、お書きください	

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（2 脳波検査初心者コースの場合は* 欄）は必ずご記入ください。