

第9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

<p>フリガナ 氏名</p>	<p>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）</p>
<p>所属先 住所</p>	<p>〒</p>
<p>連絡先 Tel / Fax E-mail</p>	
<p>参加希望コース</p>	<p>1 脳波コース 2 神経伝導検査コース</p>
<p>学会認定更新ポイント希望</p>	<p>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）</p>
<p>連絡事項があれば、お書きください</p>	