

JCC 教育セミナー 参加申込書

申込日: 年 月 日

<開催地: > ※開催地を記入し、参加希望コースに○をつけてください。

ファンダメンタル・コース ・ アドバンス・コース

◎会員種別: ※いずれか該当するものに○をつけてください。

会員 ・ 非会員 (会員の場合、番号:)

◎職種: ※いずれか該当するものに○をつけてください。

* 医師 :

勤務医 ・ 開業医 ・ その他()

* コメディカルスタッフ:

看護師 ・ 臨床検査技師 ・ 放射線技師 ・ 臨床工学技士 ・ 運動指導士 ・

その他()

◎お名前: _____

◎所属: _____

◎部署: _____

◎連絡先(勤務先・自宅): 〒

◎TEL: _____ ◎FAX: _____

◎Email: _____