

日本脳神経外科学会第76回総会(PNLS) 参加申込書

参加者情報	
(お一人につき1枚の申込書にご記入ください。)	
(※必須)ご希望のコースを選択してください : PNLSコース ・ PNLS-WS ・ スタッフ	
ふりがな	
(※必須)氏名	
(※必須)所属名	
(※必須)所属先住所	〒
(※必須)TEL	
FAX	
(※必須)E-mail	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> その他 : <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>
(ワークショップ受講者)資格	<input type="checkbox"/> 日本脳神経外科学会専門医 <input type="checkbox"/> BLS・ACLSインストラクター <input type="checkbox"/> 日本救急医学会専門医 <input type="checkbox"/> PNLSコース受講経験
会員	日本脳神経外科救急学会の会員である : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※ 英数字は半角でご記入ください。	

ご不明な事がございましたら、以下お問合せ先迄ご連絡ください。

<参加登録に関する問い合わせ先>

日本脳神経外科救急学会事務局

〒570-8507 大阪府守口市文園町10-15

関西医大総合医療センター 脳神経外科内

TEL: 06-6993-9479 / FAX: 06-6991-6207

E-mail: jsne@takii.kmu.ac.jp