|  |
| --- |
| 【送信先】第19回日本消化器内視鏡学会東海支部ガイドライン研修会事務局代行 ㈱セントラルコンベンションサービス  **E-mail　 ｇｕｉｄｅｌｉｎｅ１9＠ｃｃｓ－ｎｅｔ.ｃｏ.ｊｐ**  **FAX番号　０５２（２６９）３２５２** |

**第19回日本消化器内視鏡学会東海支部ガイドライン研修会**

**受講申込用紙**

◎太枠内のご記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職種（いずれかに✔をつけてください）    医師　　 その他（　　　　　　　　） |
| ご氏名 |  |
| ご所属 | 施設名： | |
| 所属科： | |
| ご連絡先（いずれかに✔をつけてください）    勤務先　　　 自宅　　　 その他 （　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 住所　〒 | | |
| TEL： | | FAX： |
| E-mail： | | |
| 過去の参加の有無（いずれかに✔をつけてください）    有　　　　　 無 | | 消化器内視鏡経験    （医師または技師として） 　　　　　年 |

申込締切：2019年6月7日（金）必着

《備考》