FAX送付先：03-3436-1744 耳鼻咽喉科展望会 宛

**第36回耳の手術研修会　申込用紙**

申込み締切：\*\*\*\*年\*\*月\*\*日（\*）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望コース | 1．実習コース　　　　 | 2．見学コース |
|  |  |
| (ふりがな) |  |
| 1.お名前 |  |
| 2.性別 | 1．男性 | 2．女性 |
| 3.所属先（施設名） |  |
| 4.所属先（部署名・部科名） |  |
| 5.所属先住所 | 〒 |
| 6.電話番号 | 勤務先： |
| 携帯電話： |
| 7.FAX番号 | 勤務先： |
| 8.E-mail（パソコン用） | 　　　　　　　　　　　　　**＠** |
|  |  |
| 9.出身大学 **(現在の所属大学)** |  |
| 10.卒業年 | 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| 11.専門医資格 | 1．あり | 2．なし |
| 12.耳科手術経験 | 1．あり　約( )件 | 2．なし |
| 13.解剖実習経験 | 1．あり | 2．なし |
| 14.耳鼻咽喉科展望会 | 1．会員 | 2．非会員 |