

第 55 回日本消化器がん検診学会九州地方会

参加受付用紙

氏 名	フリガナ ()
ご所属	都道府県 ()
E-mail	※数字 0 とアルファベット o(オー)、数字の 1 とアルファベット i と l(アイとエル)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)等を含む場合、 分かりやすいよう、はっきりとご記入ください。
職種	☐ 医 師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 保健師 ☐ その他 ()
区分	☐ 医 師 : 5,000 円 ☐ 会 員 (会員番号 :) ☐ 非会員 ☐ 医師以外 : 3,000 円 ☐ 会 員 (会員番号 :) ☐ 非会員

※この書類で得られた情報は、個人情報保護法に基づき参加登録の集約以外には、利用いたしません。

事務局使用欄 : No.