

委嘱のための講習会申込書 (平成 27 年 1 月 31・2 月 1 日)

(FAX 03-3256-3389)

委嘱 **更新**

(いずれかを○で囲んでください)

氏名 _____

委嘱の方

日耳鼻会員番号 _____ 専門医番号 _____

勤務先名

所在地 〒 _____

自宅 〒 _____

(ご案内の送付先に○をつけてください)

連絡先 TEL _____ FAX _____

更新の方 (1日のみ受講の方は受講日をご記入ください) _____ 月 _____ 日受講)

ご案内送付先 〒 _____

TEL _____

FAX _____

*21年度委嘱(27年更新)の方は下記もご記入ください。

勤務先名 _____

所在地 〒 _____