第32回日本間脳下垂体腫瘍学会ハンズオンセミナー申し込み　.

　　　[ ]  実習者として参加を希望

＊実習者が定員に達し参加できない場合、

[ ]  見学者として参加を希望

[ ]  見学者としての参加を希望しない

[ ]  見学者として参加を希望

　　　名前： 　　ふりがな

　年齢：　　　　歳　　　卒業年次　西暦　　　　　　　年

　　　所属：

　　　連絡先　TEL：

　　　　　　　Mail：

　　　経鼻下垂体手術経験数　術者：　　　　例　　助手：　　　　例

　　　神経内視鏡学会技術認定医　　[ ] 取得済　　[ ] 申請予定　　[ ] 申請予定なし

　　　コロナワクチン接種　　□接種済　　□未接種

以上の情報はできるだけ正確にご記入をお願いします。また、いただいた個人情報に関しては本セミナーに関した事業でのみ使用され、その他の目的で使用されることはありません。

お問合せ：虎の門病院 間脳下垂体外科　福原紀章、保津千佳子（秘書）

TEL：03-3588-1111、Mail：nishioka-h@toranomon.gr.jp