

平成 30 年度 補聴器相談医 更新講習会 受付用紙

講習会参加ご希望の方は、下記をご記入頂き
この用紙と 受講料 3000 円 をご準備の上、受付をお願い致します。

① 所属地方部会 (○で囲んでください、他府県の方は都道府県名)

愛知 ・ 岐阜 ・ 三重 ・

② 医療機関名

③ 氏 名 フリガナ

④ 専門医、補聴器相談医の有無

日本耳鼻咽喉科学会専門医ですか？ はい ・ いいえ

現在、補聴器相談医ですか？ はい ・ いいえ

⑤ 日耳鼻会員番号をご記入ください。

「学術集会参加報告票」に記載されている 7 桁の会員番号です。

--	--	--	--	--	--	--

(日耳鼻会員番号がわからない方は、専用受付でお申し出ください)

この用紙に記載の上、受付をお願い致します。受付で記載内容を確認後、
講習会終了時にお渡しする **受講証明書** の引替券として、
専門医の方に引換券 1、補聴器相談医の方に引換券 2 をお渡しします。

平成 30 年度 東海地方部会連合会