別紙1

**第3回定位的頭蓋内脳波（SEEG）技術講習会　申込用紙**

（Wordファイルのままお送りください）

記入日2022年 月 日

下記の欄を全てご記入ください。入力内容に誤りがありますとご連絡できない場合がございます。

|  |  |
| --- | --- |
| ご専門（どちらかに○） | **内科 ・ 外科** |
| 日本てんかん学会 会員番号 |  |
| お名前 |  |
| お名前　フリガナ |  |
| 医療機関名 |  |
| 診療科 |  |
| 役職 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 勤務先電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス（半角英数） |  |
| いずれかの学会専門医資格をお持ちの方は、チェックをご記入ください |
| [ ] 日本てんかん学会[ ] 日本小児神経学会 [ ]  日本神経学会[ ] 日本精神神経学会 [ ] 日本脳神経外科学会 |
| 振り込み日（**必須**）　2021/　　　/　　　　 |  |
| 振込者名　 |  |
| 参加形式 | □現地参加　　　　　□web参加 |

WEB参加希望者は、講習会受講証明書の送付先　住所氏名を記載お願いします。

住所　　　郵便番号

氏名