別紙1

第4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2023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（いずれか選択） | 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 |  | |
| ご所属 |  | |
| 診療科 |  | |
| ご所属住所 |  | |
| 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 てんかん専門医  日本小児神経学会 小児神経専門医 日本神経学会 神経内科専門医  日本精神神経学会 精神科専門医 日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医 | | |
| 振り込み日（**必須**）　2023年 | |  |
| 申込者と振込者名が異なるとき　振込者名 | |  |