**第27回内視鏡下鼻内手術研修会申込用紙**

FAX送付先：03-3496-2150 （株）学会サービス行

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：hana@gakkai.co.jp

申込み締切：2018年12月13日（木）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望コース（希望のコースに○をつけてください） | 1．解剖実習コース | 2．解剖実習見学コース |
|  |  |
| (ふりがな) |  |
| 1.お名前 |  |
| 2.性別 | 1．男性 | 2．女性 |
| 3.ご所属 |  |
| 4.ご所属先住所 | 〒 |
| 5.電話番号 | 勤務先： |
| 携帯電話： |
| 6.E-mail（パソコン用） | 　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |
| 7.出身大学 **(出向元の所属大学)** | 同上　/　　 |
| 8.卒業年 | （　昭和 ・ 平成　）　　　　　　年　3 月 |
| 9.専門医資格 | 1．あり | 2．なし |
| 10.耳鼻咽喉科展望会 | 1．会員 | 2．非会員 |
| 11.鼻副鼻腔、頭蓋底の解剖実習経験 | 1．あり | 2．なし |
| 上記11で「あり」の方は実習場所 ：  |
| 12. 70°斜視鏡の使用経験 | 1．あり | 2．なし |
| 13.ESSの経験症例数 |  　　例 |
| 14.截除鉗子の使用経験 | 1．必ず使用 | 2．たまに使用 | 3．使用せず |
| 15.サクションキュレットの使用経験 | 1．必ず使用 | 2．たまに使用 | 3．使用せず |

手術研修会申込み担当　（株）学会サービス　中村／江頭（えがしら）

Tel：03-3496-6950　／　E-mail：hana@gakkai.co.jp

ご参加につきましては、1月上頃にメール配信にてご連絡する予定です。