

第19回日本臨床脳神経外科学会併設 脳神経外科救急基礎(PNLS) 参加申込書

参加者情報	
(お一人につき1枚の申込書にご記入ください。)	
(※必須)ご希望のコースを選択してください	
<input type="checkbox"/> 第23回PNLSコース <input type="checkbox"/> 第16回PNLSインストラクターワークショップ	
ふりがな	
(※必須)氏名	
(※必須)所属名	
(※必須)所属先住所	〒
(※必須)TEL	
FAX	
(※必須)E-mail	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> その他 : <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>
資格	<input type="checkbox"/> 日本脳神経外科学会専門 <input type="checkbox"/> BLS・ACLSインストラクター <input type="checkbox"/> 日本救急医学会専門医 <input type="checkbox"/> PNLSコース受講経験
会員	日本脳神経外科救急学会の会員である : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※ 英数字は半角でご記入ください。	

ご提供頂いた個人情報は、今後のPNLSのお知らせご案内に使用することがあります。
ご不明な事がございましたら、以下お問合せ先迄ご連絡ください。

<参加登録に関する問い合わせ先>

日本脳神経外科救急学会事務局
〒570-8507 大阪府守口市文園町10-15
関西医大滝井病院 脳神経外科内
TEL:06-6993-9479/FAX:06-6991-6207
E-mail: jsne@takii.kmu.ac.jp