2024年　月　日

2024年度 てんかんに関する臨床検査技師研修会参加申込書

施　設　名:

施 設 住 所:　〒

代表者	職　　名	氏　　名	Emailアドレス	実習研修希望	脳波検査経験年数

上記のとおり受講を希望します。

※複数名参加の場合、代表者の方に〇印を付けてください。
※動画URLを代表者にお送りしますので、他の参加者の方へ伝達をお願いいたします。
※実習での研修を希望される方は、実習研修希望欄に〇印を付けてください。希望者多数の場合は当方で調整させていただきます。

独立行政法人国立病院機構
西新潟中央病院長　様