

# 脳神経外科医のための-ゼロからの脳波コース-申込書

申込日 年 月 日

私は、 年 月のコースに申し込みます。

フリガナ			
氏名			
性別	男・女	生年月日	年 月 日
フリガナ			
住所	〒		
電話番号		FAX	
電子メール			
フリガナ			
勤務先			
フリガナ			
勤務先住所	〒		
電話番号		FAX	
医籍番号 (JNDへの登録が必要な方は必ずご記入ください。)			

備考
----

<b>注意事項</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・宿泊には朝食がついておりません。朝食希望の場合には、チェックインの際、お申込みください。朝食代のみチェックアウトの際、お支払い頂きます。</li><li>・宿泊は、禁煙室をご用意しております。喫煙室をご希望の場合には、備考欄にご記入ください。</li></ul>
--