

【返信先】 FAX : 082-257-5254

日耳鼻広島県地方部会事務局 行

締切 11 月 15 日(金)

平成 2 5 年 1 2 月 1 日(日)

「日本耳鼻咽喉科学会補聴器相談医」資格更新のための講習会
申 込 用 紙

※ 受講証明証を発行いたしますので楷書でご記入ください

よみがな お名前					
日耳鼻会員番号		専門医番号		補聴器相談医番号	
勤務先					
勤務先住所	〒				
勤務先電話番号			勤務先FAX番号		
自宅住所	〒				

* ご希望の方にはお弁当（1000 円程度）を手配いたします。
代金は当日お弁当と引き換えに頂戴いたします。

お弁当を ☐希望する ☐希望しない

いずれかにチェック ☒ してください