

2013 年度医療疫学トレーニングコース FAX 申込用紙

03-6721-9132

- (1) 受講希望者の氏名（漢字，かなよみ併記）

氏名： (かなよみ：)

- (2) 受講希望者の日本環境感染学会会員番号（必須）

会員番号：

- (3) 受講希望場所（大阪会場か東京会場の何れかにし点を入れる）

() 大阪会場希望 () 東京会場希望

- (4) ご自身の連絡用の電子メールのアドレス

@

- (5) 郵送物の配送先の郵便番号・住所

三

- (6) 所属機関名および所属部名（無所属の場合は省略可）

- (7) 医療関連感染対策分野における活動経験（具体的に）

- (8) 初日夕方に開催される情報交換会への参加希望の有・無(し点を入れる)

() 希望します () 希望しません