

## 第 14 回「臨床神経生理技術講習会・東京」申し込み用紙

F A X 0463-95-8248

E-mail [tokaireha@tokai-u.jp](mailto:tokaireha@tokai-u.jp)

|                            |  |
|----------------------------|--|
| フリガナ<br>氏名                 | <p style="text-align: right;">資格（医師、臨床検査技師、その他）</p> <p style="text-align: right;">日本臨床神経生理学会（会員、非会員）</p> <p style="text-align: right;">非会員は学会入会希望（有、無）</p> |
| 所属先<br>住所                  | 〒  |
| 連絡先<br>Tel / Fax<br>E-mail |  |
| 参加希望コース                    | <p>1 脳波検査アドバンスコース</p> <p>2 脳波検査初心者コース *（脳波判読症例件数            件）</p> <p>*一つ選択（紙脳波・デジタル脳波（日本光電以外）・デジタル脳波（日本光電））</p> <p>3 神経伝導検査コース</p> <p>4 神経伝導検査初心者コース</p>  |
| 学会認定更新ポイント希望               | <p>更新ポイント希望    有<input type="checkbox"/>    無<input type="checkbox"/></p> <p>学会認定師（脳波分野、筋電図・神経伝導分野）</p> <p>学会認定技術師（脳波分野、筋電図・神経伝導分野）</p>                    |
| 連絡事項があれば、お書きください           |  |

氏名・フリガナ・資格・所属先・住所・連絡先・TEL/FAX・E-mail・参加希望コース（2 脳波検査初心者コースの場合は\* 欄）は必ずご記入ください。