**日本頭頸部癌学会主催第11回教育セミナー　受講申込用紙**

**必要事項をご記入のうえ、教育セミナー担当(** [**jshnc-service@onebridge.co.jp**](mailto:jshnc-service@onebridge.co.jp) **)までお送りください。**

**※申込締切日：2020年５月22日（金）必着**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者氏名 ※必須 | ふりがな | |
| メールアドレス ※必須 |  | |
| 連絡先住所 ※必須  (※参加受付証の送付先となります） | 勤務先  自宅 | 〒  ℡： |
| 勤務先施設  （※受講修了証に印字されます） | 施設名 | |
| 診療科名 | |
| 申込区分 ※必須 | 医師・歯科医師（受講料：5,000円）  医学生・初期研修医・メディカルスタッフ（受講料：不要） | |
| 専門分野 | 耳鼻咽喉科　　歯科口腔外科　　放射線科　　形成外科　 腫瘍内科  その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 本学会の会員ですか | 会員である（会員番号：　　　）※会員番号はわかる場合のみ記載ください  非会員である | |

【セミナー受講料振込先】

郵便振替口座：（当座）00190-2-420734　　加入者名：一般社団法人日本頭頸部癌学会

※他金融機関から送金の場合

　銀行名：ゆうちょ銀行　支店名：〇一九(ｾﾞﾛｲﾁｷｭｳ)店　　口座番号：当座)0420734