**Fax宛先　0172-39－5143**

**または、E-mail: chiekom@hirosaki-u.ac.jp**

**弘前大学　脳神経内科　村上千恵子宛**

**第10回 北東北･道南神経筋電気診断技術セミナー**

に参加を申し込みます。

お名前

職種（○で囲む）　　医師　　検査技師　　その他（　　　　　）

所属施設

施設住所　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　E-mail

 ★テキストはPDFで後日メールで配布します。PDFをうけとることが　可能なメールアドレスをご記載ください。

**１．お手数ですが、下記の質問にお答えください（番号を○で囲む）．**

　　１．本講習会を以前受講しましたか？　１） はい （第　 回　 　年）　２） いいえ

　　２．グループ分けの参考にしますので、検査経験を教えてください

　 　 １）　まったくの初心者です

　 　 ２）　時々検査はしますが、熟練度はいまいちかも

　　 　 ３）　それなりの経験はありますが、技術のブラッシュアップが希望

**２．SEP希望の方は下にチェックを入れて下さい．**

　　　□SEP希望する　（注： 伝導検査との同時受講は不可です）

**３．　特に希望事項があればお書きください．できるだけ御要望に添うつもりです．**