

第 8 回気道管理学会学術集会 参加受付票

※必要事項をご記入の上、受付にご提出ください。

| | | |
|-----------------------------|---|----------|
| フリガナ | | 会員 ・ 非会員 |
| 氏 名 | | |
| 所 属 | | |
| メールアドレス | | |
| 参加区分 | <input type="checkbox"/> 医師・一般 <input type="checkbox"/> 医師以外の多職種医療関係者 <input type="checkbox"/> 学生・初期研修医 ※学生は学生証要確認・初期研修医は初期研修医証明書要確認 | |
| 職 種 主たるものを1つ 選択してください | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 基礎研究 <input type="checkbox"/> 初期研修医 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業関係者 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

◆個人情報取扱について同意します ☐ ※必ずチェックをお願いします。

第8回気道管理学会学術集会および気道管理学会にかかわるご連絡以外には一切使用いたしません。

第8回気道管理学会学術集会 運営事務局