

## Echo Hands-on Seminar 参加申込用紙

参加は、この用紙にご記入の上、FAXでお申込ください。

受付期間：2009年5月7日(木)～6月12日(金)

受講票は、6月16日(木)までにご返信いたします。

# FAX 03-3815-2644

日 時：2009年6月20日(土) 13:30～15:30

会 場：C会場(第2会場：熊本市国際交流会館 6F ホール)

### 講師／アドバイザー

横山 哲夫先生(東京都立清瀬小児病院 新生児科)アドバイザー

内田 正志先生(社会保険徳山中央病院 小児科)

余田 篤先生(大阪医科大学 小児科)

河野 達夫先生(東京都立清瀬小児病院 放射線科)

藤井 喜充先生(中野こども病院)

吉田 光宏先生(八代郡医師会立病院 外科)

浅井 宣美先生(東京都立清瀬小児病院 検査科)

定 員：60名(実技コース)

ご施設名・所属	都道府県名 ( )
ご 氏 名	
ご 連 絡 先	FAX ( ) TEL ( )
参加希望コース	<input type="checkbox"/> 実技コース(定員を超えた場合抽選とさせていただきます) <input type="checkbox"/> 初心者コース <input type="checkbox"/> 経験者コース エコー検査経験年数 [ ] 年 <input type="checkbox"/> 見学コース
講師の方へのリクエストがありましたら、ご記入ください。	

※本用紙に記入していただく情報は、受付業務などの範囲内において利用させていただき、これらの業務以外には利用いたしません

※ご不明な点は、メディカルサブライジャパン小児救急医学会セミナー担当 山崎までご連絡ください(03)-3818-2177