

日本超音波医学会
第29回四国地方会学術集会・第18回四国地方会講習会

ハンズオンセミナー申込書

FAX:087-863-7389

E-mail:usshikoku29@cci-is.com

日本超音波医学会第29回四国地方会学術集会 運営事務局 行

(1)氏名

(2)所属・職種

(3)住所

〒 -

(4)電話・FAX番号

TEL:

FAX:

(5)メールアドレス

E-mail

(6)受講希望コース(A~E)を必ず第2希望まで記入してください。

第1希望

第2希望

- | | | | |
|---------|---------------|--------------------------|-------|
| A. 心コース | 心エコーの基礎 …… | 香川県立白鳥病院 | 藤本 正和 |
| B. 胸コース | 胸痛のPOCUS …… | 高知大学医学部附属病院 | 平川 大悟 |
| C. 腹コース | 急性腹症のPOCUS …… | 済生会今治病院 | 近藤 吉将 |
| D. 節コース | 関節エコーの基礎 …… | 宇多津病院 | 藤澤 千絵 |
| E. 回コース | ラウンドコース …… | A~Dのブースを自由に見て回れます!(実技なし) | |

※連絡先は、申し込みに関する問い合わせや受講案内等に使用しますので、日中に連絡がつく連絡先を記入してください(個人情報には責任を持って管理し、講習会終了後に処分いたします)。

必ず第2希望までご記入ください。先着順にて受講者を決定し、逐次、連絡させていただきます。

お申込み締切日：**2019年9月27日(金)**