

ARIA2017 心・血管エコーハンズオンセミナー 参加申込書

1. コース ※ご希望のコースに○をつけ、ご経験年数をお答えください。

| | ご経験 | ご経験年数 | ※どちらかに○印をつけてください。 |
|-------------|-----|-------|-------------------|
| () 心エコー | 有・無 | ()年 | 初級・ステップアップ |
| () 頸動脈エコー | 有・無 | ()年 | 初級・ステップアップ |
| () 腎動脈エコー | 有・無 | ()年 | 初級・ステップアップ |
| () 下肢静脈エコー | 有・無 | ()年 | 初級・ステップアップ |
| () 下肢動脈エコー | 有・無 | ()年 | 初級・ステップアップ |

2. ハンズオンで学びたい内容 (例：エコー記録時の注意点や基本設定を学びたい。等)

下記の空欄にご記入をお願いいたします。

ご記入日 2017年 月 日

| | | | | |
|--------|--|----|-----|-----|
| フリガナ | | | | |
| ご氏名 | | | | |
| 病院名 | | | ご所属 | |
| 勤務先 | | | | |
| Tel | | 携帯 | | Fax |
| E-mail | | | | |

※今後、同企画がある際に連絡を希望される場合は右欄にチェックをお願いいたします。 登録希望 ()

※本個人情報につきましては、会場準備、及び本会の質向上を目的として使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

※募集枠を超える申し込みがあった場合は調整をお願いすることもございますので、予めご了承ください。

返信 FAX : 092-437-4182

※申込締切 : 2017年 11月 17日 (金)

ARIA2017 運営事務局：株式会社コンベンションリンケージ
〒862-0016
福岡県福岡市博多区博多駅南 1-3-6 第三博多偕成ビル
TEL:092-437-4188 / FAX:092-437-4182
E-mail: aria2017@c-linkage.co.jp