

FAX 045-742-7821

E-mail

iden@kcmc.jp

臨床細胞遺伝学セミナー事務局
(神奈川県立こども医療センター遺伝科 江良)宛

受付No. _____

受理日2016年 月 日(事務局記入)

第23回臨床細胞遺伝学セミナー受講申込書

フリガナ		職種	<input type="checkbox"/> 医師 専門:()
氏名			<input type="checkbox"/> 研究者 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他 ()
所属施設名			参加回数
部署			回
所属先住所	〒		
TEL		FAX	
e-mail			
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> 自宅 ※(自宅希望の方はご自宅住所をご記入下さい)		
※ご自宅住所	〒		
専門分野	<input type="checkbox"/> A.先天異常 <input type="checkbox"/> B.血液・腫瘍 <input type="checkbox"/> C.出生前診断 <input type="checkbox"/> D.その他		
保有資格	<input type="checkbox"/> 臨床細胞遺伝学認定士 <input type="checkbox"/> 臨床遺伝専門医 <input type="checkbox"/> 認定遺伝カウンセラー <input type="checkbox"/> 該当なし		
Small Group Meeting 選択(必須) 20日(土) 17:40-18:30			
<input type="checkbox"/> A.先天異常 <input type="checkbox"/> B.血液・腫瘍 ※ C.出生前診断(ロールプレイ参加者のみ)			
※オプション 20日(土) 9:30-11:30 参加希望者は チェック して下さい。(両方の参加はできません)			
<input type="checkbox"/> 「染色体核型分析入門」へ参加を希望する(未経験者を優先致します)			
<input type="checkbox"/> 「遺伝カウンセリングロールプレイ」へ参加を希望する ➡ SGMは「C」になります。			
* ご記入いただきました個人情報は臨床細胞遺伝学セミナーの活動以外には使用致しません。 * また、自宅住所を登録された場合は、自宅住所は他に開示することはありません。			