

# 耳鼻咽喉科短期滞在手術研究会 入会申込書

氏名	M ・ F
所属施設名	
生年月日	T・S・H 年 月 日
職種	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )
(勤務先 ・ 自宅) どちらかに○ 連絡先住所 〒	
連絡先 TEL	
E-mail(必須)	
URL	
その他 要望等	

※必要事項をご記入の上、下記のいずれかの方法にてご返信ください。

## 送付先

FAX 06-6862-6622

mail info@entsssa.org

郵送 〒561-0851

大阪府豊中市服部元町 1-10-19

岩野耳鼻咽喉科サージセンター内

耳鼻咽喉科短期滞在手術研究会事務局 宛