



US-ism

ハンズオンセミナー

申込書

希望日時	平成 年 月 日
希望コース (○をつけて下さい)	腹部・心臓・頸動脈・乳腺・下肢静脈(AM・PM) 下肢動脈・トレーニングセミナー(腹部・心臓・頸動脈) 検査士対策セミナー
お名前	
フリガナ	
E-mail	
所属施設名	
所属部門名	
所属施設住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
職種 (○をつけて下さい)	医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師・その他
経験年数	年 カ月
要望等	

※ 受講証等の送付先が勤務先と異なる場合は、必ず下記にご記入下さい

送付先住所	〒
電話番号	
FAX 番号	

※ 複数名で申し込みされる場合はコピーしてお使い下さい

※ メールにてお申し込みの方は上記項目について記入し、下記アドレスへお願ひいたします



FAX : 0422-27-8084

E-mail : info@us-ism.net