

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2017年 月 日(事務局記入)

第24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) 26日(土) 17:40-18:30				
<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				
※オプション 26日(土) 9:30-11:30 参加希望者は <input checked="" type="checkbox"/> チェック して下さい。				
<input type="checkbox"/> 「CNVs解析入門」へ参加を希望します				
* 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。				