日本病理学会

ハンガリー病理解剖トレーニングコース

参加申込書

2016年度ハンガリー病理解剖トレーニングコースへの参加を申し込みます。

1. 氏名：
2. 病理学会会員番号：
3. 年齢・性別：
4. 所属機関(大学・病院等)：
5. 医師(歯科医師)免許取得年：　　　年
6. 病理診断経験年数：　　年
7. 病理解剖経験数  
   (自ら執刀し報告書を作成した件数)：　　件
8. 専門医資格の有無：　有・無
9. 専門医試験受験予定年度(専門医資格の無い方のみ記入)：　　　年度
10. 連絡先住所：　　　　　　　　　　　　　　　　(自宅・勤務(通学)先・携帯)
11. 連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　　(自宅・勤務(通学)先・携帯)
12. 連絡先メールアドレス：

申込先：日本病理学会事務局　jsp-admin@umin.ac.jp

申込締切：2016年1月31日(日)