



CCT2010 エコーハンズオン 参加申込書

送付先：CCT事務局 FAX.0532-52-2883

※項目は全てご記入ください。

参加を希望する項目	※4つの中から2つ選択して下さい。 <input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー <input type="checkbox"/> 腎動脈
氏名	
ふりがな	
年齢	
業種	
施設名	
所属	
住所	
Tel	
Fax	
E-mail	

※各セッションごとに定員となり次第、募集を締め切らせていただきますのでご了承ください。

※受講可能な方には、「参加確定通知書」をFAXにてお送りしますので、当日は受付にご持参ください。