



送信先: FAX. 06-4806-5658 第1回ISMSJ学術集会 運営事務局御中

6月1日(月)ー7月10日(金)が申し込み期間です。
これより早く申し込まれても無効となりますのでご注意ください！
定員20名をオーバーする申込者があった場合、
7月12日(日)に抽選し、14日(火)までに受講可否をご連絡いたします。
当日のグループ分けの参考にしますので、できるだけ詳しくお書き下さい。



会場: 神戸ファッションマート (神戸市 六甲アイランド)

アクセス方法は、

<http://www.kfm.or.jp/accessmap.html> をご覧ください

フリガナ

氏名: _____

ISMSJの(会員である・会員でない)

勤務先・所属名: _____

職種: 医師(内科・循環器科・呼吸器科・神経内科・精神科・小児科・産業医・その他 [_____])

看護師(病院やクリニック勤務・産業保健関係・その他[_____])

保健師(保健所勤務・産業保健関係・その他[_____])

臨床検査技師(脳波や睡眠検査に携わる機会あり・機会なし)

その他(_____)

脳波記録経験例数:	例
PSG 記録経験例数:	例
PSG スコア経験例数:	例
MSLT の経験例数:	例

現在どのような形で睡眠や睡眠関連疾患にかかわっておられるか、ご記入ください

今回の講習会で特に知りたい内容についてご記入下さい

住所: 〒 _____ (勤務先・自宅)

TEL: _____ (勤務先・自宅)

FAX: _____ (勤務先・自宅)

e-mail: _____

受講可否の連絡はすべてFAXで行いますので、確実に FAX が受け取れる番号をご記入下さい。