

“JAPAN ULTRASOUND SCHOOL”の参加を申し込みます。

フリガナ  
■お名前

フリガナ  
■病院名

■所属(科)

■職種(○印をつけてください)

- ・医師：内科、外科、小児科、放射線科、その他( )
- ・技師：中央検査科、放射線科、その他( )
- ・その他：

■超音波診断の経験に関するアンケート(必ずご記入ください)

- [1] 1.超音波検査の経験(有・無)  
(1.で「有」と答えた方のみお答え下さい)
- [2] 1.超音波検査の経験年数( )年( )カ月  
2.現在の検査件数( )人/週  
3.現在までの診断件数( )人  
4.カラードブラの経験(有・無)

■案内書ご送付先(○印をつけてください)

1. 自宅 2. 勤務先  
〒

■電話番号  
■FAX番号  
■E-mail

■団体宛の請求書 要・不要 宛名

■会費納入方法(○印をつけてください)

1. 郵便振替 2. 銀行振込  
振込者名

■質問事項(日頃疑問に思っていることなどをお書きください)

■希望コース(右図のコード表からコード番号  
を選択して記入して下さい。)

第一希望 (コード番号)   -

第二希望 (コード番号)   -

コード番号	コース名	開催日
01-B	初級・中級以上コース	2000/1/23
02-A	入門・初級コース	2000/2/19.20
02-B	初級・中級以上コース	2000/2/27
03-A	入門・初級コース	2000/3/18.19
03-B	初級・中級以上コース	2000/3/26
04-A	入門・初級コース	2000/4/15.16
04-B	初級・中級以上コース	2000/4/23

■連絡先 **JAPAN ULTRASOUND SCHOOL**

〒113-0033 東京都文京区本郷3-21-10 浅沼第2ビル8F

TEL 03-5840-8140 (受付時間10:00~18:00) FAX 03-5840-8145 (24時間受付)

E-MAIL jus1996@beige.ocn.ne.jp