

日本耳鼻咽喉科学会神奈川県地方部会 (FAX:045-241-1464)

補聴器相談医講習会・実習 FAX 申し込み用紙

および

新規委嘱推薦 FAX 申込用紙

まずは、先生のお立場を明記 (□にチェック) してください

- (ア) 今年度初めて講習会および実習の両方を受講し、今年度、新規に相談医推薦を希望する
- (イ) 昨年か一昨年に講習会または実習の片方を受講し、今年度残りを受講し、新規に相談医推薦を希望
- (ウ) 過去または今年度に、所沢の「補聴器適合判定医師研修会」を受講もしくは受講予定で、今年度、新規に相談医推薦を希望する (受講年月: _____年_____月)
- (エ) 平成 24 年、平成 25 年、平成 26 年 4 月 1 日付けの補聴器相談医認定証をお持ちの先生で、更新を希望され、今回、講義 (6 時間) だけを受講希望する
- (オ) 上記のいずれでもなく、専門医を現在持っていないが、講習会および実習の両方または片方の受講を希望する場合 (専門医取得予定年度 平成_____年)
- (カ) その他 (状況をお書きください)

★今年度の「日本耳鼻咽喉科学会補聴器相談医委嘱のための講習会」の希望確認

片方もしくは両方の□にチェックしてください

平成 29 年 12 月 3 日 (日) 講義

平成 30 年 1 月 21 日 (日) 実習

相談医推薦のときに必要ですので、必ず全項目を埋めてください

①氏名: _____

振り仮名: _____

②生年月日: _____

③日本耳鼻咽喉科学会会員番号: _____

④日本耳鼻咽喉科学会認定専門医番号: _____

(取得見込みの場合その年度) _____

⑤ 平成 24 年、25 年または 26 年 4 月 1 日付けの補聴器相談医認定証をお持ちの先生

認定証番号: _____

以下は地方部会に登録してある場所をお書きください (実情に合わない場合は変更届けの手続きをお願いいたします)

⑥ 勤務先名: _____

勤務先住所: _____

勤務先郵便番号: _____ 勤務先電話番号: _____

勤務先 FAX 番号: _____

⑦ 自宅住所: _____

自宅郵便番号: _____ 自宅電話番号: _____

自宅 FAX 番号: _____

(*) FAX 受信日 (地方部会での記載欄) (受理番号 _____) (_____ 月 _____ 日)