Headache Master School Japan 2016

受講申込票

申込日：平成28年　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | | 専門医有無 | | | 有（専門医番号　　　　　）  　無 | | |
| フリガナ |  | | | | | 生年月日 | |
| 氏　　名 |  | | | | | 西暦　　　　　年　月　日 | |
| 受講目的  （当てはまるものに○をつけて下さい） | | | * 専門医受験資格取得のため * 専門医更新単位取得のため * その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 所属機関名 |  | | | | | | |
| 所　属　科  (専門とする科） |  | | | | 役　職 | |  |
| 所 在 地 | 〒　　　- | | | | | | |
| 電　　話 |  | | | FAX | |  | |
| E-mail  （複数可） | ＠ | | | | | ＠ | |
| 自宅住所 | 〒　　　- | | | | | | |
| 自宅電話 |  | | |  | | | |
| 卒業大学 |  | | | 学部  大学院 | | 年卒業  年卒業 | |
| 医師免許  登録番号 |  | | | 取得年月日 | | 年　月　日 | |
| 郵便物送付先  （○をつける） | | 所属機関　　　　　・　　　　　自宅 | | | | | |

受講申込締め切り日：

平成28年5月6日（金）（期日厳守）≪先着順、定員に達し次第、締め切ります≫

E-mailにてWord fileでお申込下さい（手書き不可、パソコンで作成して下さい）。

送付先：一般社団法人日本頭痛学会 事務局　masumi.kanda@gmail.com

メールのタイトルは「HMSJ受講申し込み」としてください。