## 第 54 回日本消化器がん検診学会九州地方会

## 参加受付用紙

氏 名	フリガナ ( )
以 右	
	都道府県(      )
ご所属	
	※数字 0 とアルファベット o(オー)、数字の 1 とアルファベット i と l(アイとエル)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)等を含む場合、 分かりやすいよう、はっきりとご記入ください。
E-mail	
職種	□ 医師 □ 診療放射線技師 □ 臨床検査技師 □ 保健師 □ その他( )
区分	□ 医 師 : 5,000円
	□ 会員(会員番号: ) □ 非会員
	□ 医師以外 : 3,000 円
	□ 会員(会員番号: ) □ 非会員

※この書類で得られた情報は、個人情報保護法に基づき参加登録の集約以外には、利用いたしません。

事務局使用欄	:	No.	
--------	---	-----	--