

日本集中治療医学会第8回東海北陸支部学術集会 参加受付票

※必要事項をご記入の上、受付にご提出ください。

2024年4月18日

フリガナ		会員 ・ 非会員
氏名		会員番号（6桁_不明の場合は未記入）
所属		
職種 ※主たるものを1つ 選択してください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 基礎研究者 <input type="checkbox"/> 初期研修医 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業関係者 <input type="checkbox"/> その他	

※個人情報取扱について

適正に管理し、日本集中治療医学会ならびに日本集中治療医学会学術集会にかかわる連絡以外には一切使用いたしません。