

# 名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻咽喉頭頸部外科 内視鏡下鼻内副鼻腔手術解剖実習参加申込み書

送付先 名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻咽喉・頭頸部外科  
〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1  
FAX：052-851-5300

2020年2月8日（土）～2月9日（日）

第2回名古屋市立大学内視鏡下鼻内副鼻腔手術解剖実習

参加/見学を希望します（いずれかに○を付けてください）。

氏名				男性/女性
生年月日	(西暦)                      年                      月                      日			
資格	医師・その他	資格取得年月日	年                      月                      日	
勤務先名称				
診療科	耳鼻咽喉科/脳神経外科/その他 (                      )			
連絡先	自宅/勤務先			
	住所	〒		
	電話番号		FAX	
E-mail				
ESS手術経験	有 (                      年間                      件) /無			
懇親会の参加	参加    不参加			

申込み締切り：2019年12月28日