第5回経橈骨動脈脳血管内治療技術研修会申込書

（transradialneurointervention@gmail.comにメール添付で送付してください）

（**メールの件名**を**“第5回経橈骨動脈脳血管内治療技術研修会申込”**にしてください）

申込日 ：2024年　月　　日

氏名 ：

氏名（ひらがな） ：

メールアドレス ：

メールアドレス（確認） ：

施設名 ：

診療科 ：

電話番号（施設代表・市外局番から） ：

アンケート（研修会に活用させていただきますのでご回答をお願いいたします）

①　過去の研修会に申し込んだことがある　　　　　　　　　　　　はい第　　回　　いいえ

②　今回の研修に参加すれば2回目の参加となる　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

③　日本脳神経血管内治療学会専門医認定年（西暦） 　　　　　年

④　経橈骨動脈脳血管撮影のご経験（下記から選択してください）

 1.　0-20例、2.　21-100例、3.　101例以上

⑤　経橈骨動脈脳血管内治療のご経験（下記から選択してください）

 1.　0-20例、2.　21-100例、3.　101例以上

⑥　本研修会で学びたい内容（ご自由にご記載ください）