

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)
