**第52回　嫌気性菌検査技術セミナー　申し込み**

1.　お名前 （姓） （名）

2.　フリガナ （姓） （名）

3.　所属先名・部署名（所属先を連絡先にされる場合は、郵便物が確実に受け取れる部署まで必ずご記入下さい）

4.　所属先住所　〒

5.　所属先電話番号

6.　所属先FAX番号

7.　E- mailアドレス

8.　日本嫌気性菌感染症学会　□　会員　　 □ 非会員　　□　非会員（入会希望）

9.　職種 （該当する項目にチェックまたは記入）

□　検査技師 　　　□　医師 □　看護師 □　研究者

□　その他（　　　　 　　　　　　　　 　）

10.　微生物検査の経験年数

11.　嫌気性菌検査の経験年数

12.　連絡先（受講案内送付先）：いずれかを選択してください。所属先以外の場合は必要事項を記入してください

 □　所属先

 □　所属先以外

 郵便番号

 住所

 電話番号

 FAX番号またはE-mailアドレス