

返信先：株式会社ケイ・コンベンション

【メール】 [suimin15@k-con.co.jp](mailto:suimin15@k-con.co.jp)

(スイミン<sup>®</sup> ユウゴ<sup>®</sup>)

【FAX】 03-5367-2187

申込締切：7月末日

## 第15回「睡眠医療・技術セミナー」参加申込書

申込者

ふりがな

御氏名

---

連絡先御住所 〒 \_\_\_\_\_

---

---

御所属

---

電子メール \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

臨床脳波経験年数 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

睡眠ポリグラフ経験年数 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

睡眠学会会員番号 \_\_\_\_\_

※ご希望のグループにを入れてください。(複数は不可)

装着実習

症例判読 ※講義 (アドバンス) 症例提示・解析講習

次期認定試験の受験予定 あり なし

昼食 (お弁当とお茶 : 1,000 円) のご希望 あり なし

—参加費のお支払について—

**参加費のお振込は追ってメールにてお知らせいたします。**

参加登録は、銀行口座へ受講料のお振込をもって完了とさせていただきます。

入金確認後、受講票をお送りいたします。

**【キャンセルポリシー】**

お申し込み後（ご入金後）のキャンセルは事前（2日前）までに事務局に申請いただいた場合、返却経費等を差し引いた分を返却いたします。無連絡で欠席の場合はご返金できませんのでご了承ください。