第 25 回　日本整形外科超音波学会　参加登録書

当日受付用

参加区分（いずれかに〇を、医師以外の方は職種の記入お願いします）

会員（医師）		非会員（医師）		
準会員	臨床検査技師	診療放射線技師	理学療法士	その他 （　　）
非会員 （コメディカル）	臨床検査技師	診療放射線技師	理学療法士	その他 （　　）

参加者情報　　＊は必須項目

氏名（フリガナ）＊	
所属＊	
住所 （所属先・自宅） いずれかに〇を付けてください。	〒
連絡先電話番号	
連絡先メールアドレス	

非会員の方は本学会をお知りになった理由に〇を付けてください。

・学会チラシを見て　　・HP を見て　　・知人・同僚に誘われて

・その他（　　）