

【第71回 長野県透析研究会学術集会】

事前参加申込 とりまとめ用紙

事前参加申込フォームで複数人をまとめてお申し込みする際に、この用紙で
参加者情報を取りまとめておくと、ご登録がスムーズに行えます。

学術集会サイト <http://www.nagano-dialysis.jp/71st/>

登録期限：**10月10日（火）正午**

参加費：事前申込…2,000 円

※カード決済の場合、申込フォームにて「お支払いと参加申込」ボタンを押した時点で申込完了となります。

申込後のキャンセル・返金は原則行いませんので、くれぐれもご注意ください。

※ランチョンセミナー（会場参加の方）はチケット数に限りがあります。ご希望の方はお早めにお申し込みください。なおセミナー内容については、
学術集会サイトのプログラムページをご参照ください。

	参加種別	ランチョンセミナー (会場参加の方)	氏名／所属部署	メールアドレス／TEL	職種	資料の 郵送先	自宅住所 (郵送先に選んだ場合のみ)
1	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
2	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
3	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒

	参加種別	ランチョンセミナー (現地参加の方)	氏名/所属部署	メールアドレス/TEL	職種	資料の 郵送先	自宅住所 (郵送先に選んだ場合のみ)
4	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
5	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
6	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
7	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
8	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
9	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
10	<input type="checkbox"/> オンライン参加 <input type="checkbox"/> 会場参加 (座長・発表者として参加) <input type="checkbox"/> 会場参加 (上記以外)	<input type="checkbox"/> ①に現地参加 <input type="checkbox"/> ②に現地参加 <input type="checkbox"/> 不参加	(部署)	(TEL)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	〒

※この用紙をお送りいただいても受付はできません。必ずサイトにてご登録ください。