**≪E-Mail：****kaiin@jsmm.org****/　FAX：03-5291-2176≫**

　第11回皮膚真菌症指導者講習会　参加者申込書

申込締切日：**２０２４年　７月２６日（金）必着**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  |
| 部　　署 |  |
| 連 絡 先 | * 所　属　　　**□**　自　宅
 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電　　話 |  | Ｆ Ａ Ｘ |  |
| E－mail  |  |
| 職　　種 | 　皮膚科専門医　　皮膚科医　　医師　　初期研修医　　臨床検査技師　微生物研究者　　その他（　　　　　　　　　　　）　該当するものを○で囲んでください。 |
| 弁　　当（実費） | 　**□**　希望する　　**□**　希望しない |

**※定員（24名）になり次第、締め切らせていただきますのでご了承ください。**

**※参加費は開催案内に記載の通りご入金ください。**

問い合わせ先：

一般社団法人日本医真菌学会事務局

〒169-0072

東京都新宿区大久保2-4-12新宿ラムダックスビル9階

（株）春恒社 学会事務局内

TEL: 03-5291-6231 FAX: 03-5291-2176

E-mail：kaiin@jsmm.org