

E-mail: jslsm@compass-tokyo.jp

FAX: 03-5840-6130



特定非営利活動法人日本レーザー医学会

第53回
(試験)

第53回日本レーザー医学会 安全教育試験 (レーザー専門医試験) 申込書

■試験日時 : 2023年7月29日(土) 17:00 ~ 17:40 (受付開始: 16:30~)

■試験会場 : 神戸大学医学部 福利厚生施設4階 会議室2-3

神戸市中央区楠町7丁目5番1号 楠キャンパス キャンパスマップ [6]
<https://www.med.kobe-u.ac.jp/access/index.html>

■定員 : 30名 (事前申込制 / 定員になり次第、締め切らせていただきます。)

■参加費 : 試験 10,000円 (試験希望の場合は、過去5年以内に講習を受講していること。)

【試験に関する備考】

・試験は、5者択一で20問です。

■お申込み : 本申込用紙を日本レーザー医学会 **事務局宛メール**か**ファックス**下さい。
ご請求書PDFをお送りいたしますので、指定の口座へお振込みください。
入金確認後、入金確認メールを送らせていただきます。
当日はその入金確認メールの印刷あるいは画面表示による提示をお願いします。
※こちらに記載いただいたご住所へ、試験の合格結果を郵送させていただきます。

お名前	フリガナ						
所属	フリガナ						
部署名							
役職名	医籍番号 : [] ※医師の方は必ずご記入ください。 役職名 :						
送付先住所	フリガナ						
[所属・自宅]	〒	—		(都道府県)		(市区郡)	
	※どちらかに●をつけて下さい。						
TEL	市外局番	局番	番号	FAX	市外局番	局番	番号
E-mail	※メールアドレスは、ご請求・試験方法等の連絡に使用しますので、わかりやすい文字で記入下さい。						
				@			
申込内容	試験を申し込みます。(¥10,000)						
請求書宛先	請求書に、所属先名が必要な場合は、下記「要」に「レ」を付けてください。 所属名記載 要						

特定非営利活動法人 日本レーザー医学会 事務局

株式会社コンパス内 FAX:03-5840-6130 / E-mail: jslsm@compass-tokyo.jp