

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 54 回
(試験)

第 54 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 11 月 26 日 (日) 15:00 ~15:40 (受付開始: 14:30~)
- 試験会場 : TKP 新宿カンファレンスセンター カンファレンスルーム 6B
(東京都新宿区西新宿 1-14-11 Daiwa 西新宿ビル 6 階)
<https://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/cc-shinjuku/access/>
- 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
本学会の専門制度の試験であるため、日本レーザー医学会の会員に限ります。
また、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が必要です。

【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。
申込期限: 11 月 22 日 (水) 18:00
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、試験の合否結果を郵送させていただきます。

会員番号	会員番号	フリガナ					
お名前							
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	1. 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」に丸印をお願いします。 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