**第50回**

**（試験）**

**FAX:　03-5840-6130**

**特定非営利活動法人日本レーザー医学会**

**第50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）申込書紙**

**■試験日時 ： 2022年6月19日（日）14：00 ～14：40（受付開始：13：30～）**

**■試験会場 ：** **浦安音楽ホール　4FスタジオA（千葉県浦安市入船一丁目6番1号）**

 **https://www.urayasu-concerthall.jp/**

**■定　員 ： 35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。）**

**※試験の最小催行人員：　受験者15名以上。**

試験の催行・不催行は**6月5日時点**での試験申込者数にて決定いたします。

**■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ファックス下さい。**

 **受領後、ご請求書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。**

|  |  |
| --- | --- |
| 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**[所属 ・ 自宅]****※どちらかに****○をつけて****下さい。** | フリガナ |
| 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　（都　道　府　県）　　　　　　　　　　　　　（市　区　郡） |
|  |
|  |
| 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、受講方法等の連絡用に使用しますので、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 | どちらかに○をつけてください。選択されていない場合は、 [2.個人名］ にて請求書を発行させていただきます。1. 所属名　　　　2. 個人名 |

特定非営利活動法人日本レーザー医学会 事務局

HP

 株式会社コンパス内　FAX:03-5840-6130 / E-mail: [jslsm@compass-tokyo.jp](file:///%5C%5C192.168.11.101%5C%E5%85%B1%E6%9C%89%E3%83%95%E3%82%A9%E3%83%AB%E3%83%80%5C%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%83%AC%E3%83%BC%E3%82%B6%E3%83%BC%E5%8C%BB%E5%AD%A6%E4%BC%9A%5C%E5%AD%A6%E4%BC%9A%E4%B8%BB%E5%82%AC%E3%80%80%E8%AC%9B%E7%BF%92%E4%BC%9A%E3%81%A8%E8%A9%A6%E9%A8%93%5C%E7%AC%AC50%E5%9B%9E%E3%80%80%E8%AC%9B%E7%BF%92%E4%BC%9A%E3%81%A8%E8%A9%A6%E9%A8%93%5Cjslsm%40compass-tokyo.jp)