

東北シミュレーション医学医療教育研究会 入会申込書

入会を申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ				男 ・ 女
氏 名		印		
所 属 先	名称			職種あるいは 学部学科名 ・ 学年
	住所	〒 TEL — — FAX — — E-mail		
送付先 住所		※上記住所と同じ場合は記入不要です 〒 TEL — —		

(注)

1. 入会申込はメール、FAX、郵送のいずれでも結構です。
2. 原則として、会員名簿作成の際には氏名、ご勤務先等を掲載いたします。

【送付先】

東北シミュレーション医学医療教育研究会 事務局

〒980-0873 宮城県仙台市青葉区広瀬町 3-34

東北大学クリニカル・スキルスラボ

TEL : 022-717-8867

FAX : 022-717-8587

Mail : jimukyoku@csl.med.tohoku.ac.jp

URL : <http://www.csl.med.tohoku.ac.jp/TWSE/>