**第49回**

**（ 試 験 ）**

**FAX:　03-3452-8538**

**特定非営利活動法人日本レーザー医学会**

第49回安全教育試験（レーザー専門医試験）**申込用紙**

* **試験日時** **2021年10月31日（日）　14：00～14：40　 (受付開始：13：30～)**
* **試験会場** **ステーションコンファレンス東京（東京駅隣接）　6階605号室**

 東京都千代田区丸の内1-7-12　サピアタワー　電話03-6888-8080（代表）

 **アクセス**[**https://www.tstc.jp/tokyo/access.html**](https://www.tstc.jp/tokyo/access.html)

* **定　員** **20名予定　※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**  10,000円

 **【試験に関する備考】**

・試験は、５者択一で２０問です。

 ・専門制度各個人資格「新規申請」の際、試験の合格証が必要となります。

* **お申込み** 試験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。

「

|  |  |
| --- | --- |
| 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、試験に関する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。** |
| 　＠ |
| 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 |

お問合せ先：　 特定非営利活動法人日本レーザー医学会

　 株式会社JTBコミュニケーションデザイン　TS局内

　 〒105-8335 東京都港区芝3-23-1　セレスティン芝三井ビルディング

FAX:　03-3452-8538　/ E-mail: jslsm@jtbcom.co.jp