**-神戸大学医学部脳神経外科-**

**第7回神戸脳神経外科臨床解剖セミナー**

**参加依頼書**

お名前（漢字・ひらがな）：

お名前（英語表記）　：

現在のご所属（勤務病院）：

卒業年度：　　　　　　　　　　　年卒

メールアドレス：　　　　　　　　　　　@

連絡先（携帯電話等）：

**実習希望日**： 枠内をチェック （第一希望を◎、第二希望があれば○を記入）

( 　 ) 顕微鏡コース1日目 11/2 (日)

( 　) 顕微鏡コース2日目 11/3 (月・祝)

( 　) 経鼻内視鏡コース 11/8 (土)

( 　) 白質解剖コース 11/9 (日)

**見学希望日**：枠内をチェック

( 　 ) 顕微鏡コース1日目 11/2 (日)

( 　) 顕微鏡コース2日目 11/3 (月・祝)

( 　) 経鼻内視鏡コース 11/8 (土)

( 　) 白質解剖コース 11/9 (日)

**お弁当希望日：** 11/211/3 11/811/9

(**見学含参加希望日を全て丸で囲んでください。未記入の場合お弁当はご用意できません**)

コメント・ご希望などございましたら以下にご記入ください。

コメント欄：