第64回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会

事前参加申込書

送付先：日本輸血・細胞治療学会北海道支部事務局（受付方法：E-mailもしくはFAX）

E-mail：jsbt@hokkaido.bc.jrc.or.jp FAX：011-613-4131

* 可能な限りE-mailでの申し込みにご協力ください。

**１　参加方法**【必須】※複数回答可

[ ] 札幌会場　　　[ ] 旭川会場　　　[ ] 函館会場　　　□釧路会場　　　[ ] Web(Zoom)

**２　参加者氏名**【必須】

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 | 名 |
|  |  |

**３　参加者氏名（フリガナ）**【必須】

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 | 名 |
|  |  |

**４　所属**【必須】

|  |
| --- |
|  |

**５　職種**【必須】

[ ] 医師　　[ ] 薬剤師　　[ ] 検査技師　　[ ] 看護師　　[ ] メーカー　　[ ] その他

**----------≪Web参加を希望される方は、以下の項目もご記入ください≫----------**

　今後の状況によって、Webのみの開催となる可能性もございます。会場での聴講をご希望された方で、完全Web開催となった場合にはWebで参加される方は、以下の項目もご記入ください。

**１　メールアドレス**【必須】

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　@ |

**・メールアドレス（確認用）**【必須】

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　@ |

※　後日、Zoomウェビナーの招待メールを送信いたします。入力間違いの無いようご注意ください。

※　申込後、1週間を経過しても招待メールが届かない場合は、事務局までご連絡ください。

事務局：日本赤十字社北海道ブロック血液センター総務企画課　担当）渡邊

　　　　　TEL：011-613-6121　　E-mail：jsbt@hokkaido.bc.jrc.or.jp

**２　参加証明書の希望**【必須】

[ ] 有　　　[ ] 無

（当日の参加状況を確認し、後日参加証明書を送付いたします。）

**・会員番号（日本輸血・細胞治療学会）**

|  |
| --- |
|  |

**３　医籍登録番号**【日本医師会生涯教育制度の単位を希望される方は必須】

|  |
| --- |
|  |

**４　参加証明書の送付先区分**【必須】

[ ] 勤務先　　　　[ ] 自宅

**５　参加証明書の送付先住所**【必須】

|  |
| --- |
| 〒　 |
| 住所　 |

**６　電話番号**【必須】

|  |
| --- |
|  |

※ご記入いただいた個人情報は、例会の開催ならびに参加証明書の発行のためにのみ使用いたします。