**第２７回電子顕微鏡技術研修会「夏の学校」参加申込書**

平成２６年　　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名　（漢字） |  | | | | | |
| 氏　名（ローマ字） |  | | | | | |
| 生 年 月 日 | 昭 和 | 年 月 日 | | 性　別 | | 男 ・ 女 |
| 平 成 |
| 所 　属 |  | | | | | |
| 連絡先住所  □所属・□自宅 | 〒 | | | | | |
| 電 話 番 号 |  | | | | | |
| メールアドレス |
| 会　　員 | 会 員（会員番号　　　　 　　 ） ：　非会員 | | | | | |
| 参加希望コース | □基礎  透過電顕コース | | □応用  免疫電顕コース | | □走査電顕コース | |
| 電子顕微鏡　　　　　取り扱い経験等  （班分けの参考にしますのでご記入下さい） | 電顕観察　　経験年数：透過　　　　　年、走査　　　　　年。  電顕試料作製経験：□あり・□なし  扱う組織（具体的に）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。  免疫電顕経験：□あり・□なし。 | | | | | |
| ご意見・実習に関　する要望事項など。 |  | | | | | |
| 郵便物を、上記以外へ送付ご希望の場合 | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | |

＊ 電子顕微鏡ご経験のある方は、経験年数と扱った試料を具体的にご記入ください。

＊ 保険加入の際に必要ですので、生年月日の記入をお願い致します。

＊ ご参加にあたって、観察してみたい試料、お困りのこと、学びたい技術などございましたら、具体的にご記入ください。

　　　　　　　実行委員会事務局　〒236-0004 横浜市金沢区福浦 3-9　横浜市立大学医学部 B-303

　　　　　　　　　　神経解剖学　内　第27回電子顕微鏡技術研修会実行委員会事務局

　　　　　　参加申込書は [27natsu@emtech.jp](mailto:27natsu@emtech.jp)までお送りください。

※今回、ご登録戴いた電子メールアドレスを今後の本学会主催の事業案内に使用不可の場合は、枠内にチェックして下さい。　今後の開催案内情報通信、**□** 非承諾。