**第２９回電子顕微鏡技術研修会「夏の学校」参加申込書**

平成２８年　　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名　（漢字） |  | | | |
| 氏　名（ローマ字） |  | | | |
| 生 年 月 日　　　（保険加入の都合上） | 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　透過電顕コース  □　基礎　走査電顕コース　　□　応用　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　　経験年数　約　　　　年。  扱う組織（具体的に）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　。 | | | |
| 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　〒028-3694 岩手県紫波郡矢巾町西徳田2-1-1　岩手医科大学矢巾キャンパス

生命科学研究技術支援センター　　実行委員長　石田欣二

　電話019-651-5111(5641)

　　　※参加申込書は soc-29natu@iwate-med.ac.jp宛にお送りください．

※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。