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 平 成　　年　　月　　日	性　別	男 ・ 女
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。