CT コロノグラフィートレーニングセミナー　受付票

【受付担当者】:

＊ご参加には JRC2008 への事前参加登録が必要となります。

受付日	
受付時間	
ハンズオン希望	□あり　　□なし
＊ハンズオン希望ありの方は経験の方をお答え下さい。	
経験	□CT コロノグラフィー経験あり　□CT三次元診断(大腸以外)経験あり □CT三次元診断経験なし
御名前	
施設名	
所属科名	科
御専門	放射線科医　消化器内科医　消化器外科医　放射線技師 その他（　　）
電話番号（施設）	
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
郵便番号	
住所	
備考	