



日本スカンジナビア放射線医学協会
会員申込書

平成 年 月 日
(正会員・賛助会員)

ふりがな 御名前
所 属
ふりがな 住 所〒
 FAX E-mail
ふりがな 御自宅〒
 FAX E-mail
放射線科の専門分野
研究主題
<p>・北欧留学（2週間以上）の御経験の有無（有・無） <有>の方は具体的に御記入下さい。</p> <p>①留学資格</p> <p>②留学期間 年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p>③留学施設</p> <p>④指導者</p> <p>⑤研修内容</p> <p>⑥取得した資格</p> <p>⑦その後の渡北欧歴（年・国名）</p> <p>⑧その後、コンタクトのある北欧放射線医学者</p> <p><無>の方は以下に御記入下さい。</p> <p>①渡北欧の希望の有無 <有・無></p> <p>②欧米の知識 英・仏・独・スウェーデン・デンマーク ノルウェー・フィンランド・その他</p>
・その他御意見がございましたら御記入下さい。