

不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター  
養成講座申込み書

1. 施設名

所属科名：

学会員 No.	氏 名	懇親会	職 種
①		有・無	( )
②		有・無	( )
③		有・無	( )
④		有・無	( )
⑤		有・無	( )
⑥		有・無	( )

参加費計 ¥ \_\_\_\_\_ 懇親会費計 ¥ \_\_\_\_\_ = 総計 ¥ \_\_\_\_\_

参加費 ¥33,000      懇親会費 ¥4,000      懇親会にも是非ご参加ください。

希望送付先（施設・自宅）どちらかに○印をして下さい。

<p>2. 施設住所 〒</p>  <p>3. Fax</p> <p>4. E-mail</p>	<p>2. 自宅住所 〒</p>  <p>3. Fax</p> <p>4. E-mail</p> <p>5. ☎</p> <p>6. 氏名</p>
--	---

**荒木康久先生の講演の中で皆さん方の質問に答えていただきますので、  
精液検査について質問があれば、なんでも、事前に E-mail でお送りくだ  
さい。**

E-mail: info@medbrain.co.jp

(Fax) 03-3533-6532