

日本スカンジナビア放射線医学協会  
会員申込書

令和 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
・ 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。 ①留学資格 ②留学期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ③留学施設 ④指導者 ⑤研修内容 ⑥取得した資格 ⑦その後の渡北欧歴（年・国名） ⑧その後、コンタクトのある北欧放射線医学者 <無>の方は以下に御記入下さい。 ①渡北欧の希望の有無 <有・無> 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
・その他御意見がございましたら御記入下さい。