# 第２回 OSHNetスリープセミナー申込用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| ふりがな |  |
| OSHNet会員・非会員（該当するものにチェックを入れてください） | 【　】正会員⇒参加費は1000円です 【　】スリープアソシエイツ（SA） ⇒参加費は1000円です【　】会員でもSAでもない⇒参加費は5000円です**参加費は当日受付で現金にてお支払い下さい** |
| 所属医療機関と部門（例：〇〇病院　✕✕科） |  |
| 所属医療機関の電話番号（※個人の携帯番号は不要ですが、　万一メールで連絡が取れない場合の連絡用としてご記入下さい） |  |
| 連絡先E-mail address |  |
| 職種（該当するものにチェックを入れてください） | 【　】医師 【　】看護師 【　】臨床検査技師 【　】セラピスト （【　】理学療法士 【　】 作業療法士 【　】言語療法士 ）【　】ケースワーカー 【　】事務職 【　】機器会社社員 【　】その他 （具体的に記載下さい）　（　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 医師の場合は専門分野をご記入下さい |  |
| 職についてからの年数（例：医師歴15年） |  |
| 睡眠にどのように関わっているか、またはどのように関わりたいかについてご記入下さい |  |
| 睡眠診療で悩んでいること、知りたいことがあればご記入下さい |  |