手術解剖実習申込書

申込日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 |
| 氏名 |  |  |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| E-mail |  | 卒業年度 |  |

1. □実習希望

　　　□頭蓋底顕微鏡コース　□頭蓋底内視鏡コース

　　　過去参加履歴　□実習　□見学　□歴なし

実習抽選漏れの場合の見学希望　□希望する　□希望しない

1. □見学希望

参加希望の先生方はメール、FAX、郵送　いずれかの方法にてお送りください。

大阪公立大学大学院医学研究科 脳神経外科学

〒545-8585　大阪市阿倍野区旭町1-4-3

FAX：06-6647-8065

Mail：gr-med-neurosurgery@omu.ac.jp　（担当：秘書松田宛）

**申込締切：2025年7月18日（金）必着**

大阪公立大学脳神経外科

教授　 後藤　剛夫

（事務担当） 森迫　拓貴、秘書松田