

血管エコーハンズオンセッション

全身における末梢血管の診療の重要性が日々高まっております。
是非この機会に「**CCT2008 血管エコーハンズオンセッション**」にご参加頂き、明日からの臨床にお役立て頂けましたら幸いです。メディカル・コメディカルに関わらず多くの方の参加をお待ちしています。

2008年2月2日(土)

神戸国際展示場
1号館 2階
ホールA

1. 午前の部 9:30～11:30 (定員50名)
2. 午後の部 14:00～16:00 (定員50名)

1,2は同じ内容です。尚、定員になり次第、締め切らせて頂きます。

内容

最新の超音波診断装置5台を用意し、申込の際に希望された部位(頸部・腎動脈・下肢動脈・下肢静脈からひとつ)を、実際にプローブ持っただきながら、経験豊富な先生方にアドバイスを頂きます。希望された部位以外でも聴講は可能です。

申込方法

申込用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。
申込用紙は、チラシの裏面、またはCCTホームページ <http://www.cct.gr.jp/> よりダウンロードしてご使用頂くことができます。

申込期間

2007年11月1日(木)～
定員になり次第、締め切らせて頂きます。

問合せ

CCT事務局

〒440-0851 愛知県豊橋市前田南町1-1-5 2E
Tel 0532-57-1275 Fax 0532-52-2883

CCT参加登録が必要です。

事前登録は <http://www.cct.gr.jp/> より行えます。

* CCT参加事前登録と、血管エコーハンズオンセッション事前申込とは、手続きが異なりますのでご注意ください。

カテゴリー	種類	事前登録料	当日登録料
メディカル	全日	25,000円	30,000円
メディカル	当日	—	15,000円
コメディカル	全日	6,000円	8,000円
コメディカル	当日	—	5,000円

「CCT2008 血管エコー ハンズオンセッション」 申込用紙 (Fax返信用紙)

Fax ▶ 0532-52-2883

(CCT事務局宛)

*実技には事前登録が必要です。尚、定員になり次第締め切らせていただきます

ご施設名	
ご所属	
ご氏名	
TEL&FAX <small>*返信のためFAX番号は必須</small>	TEL : FAX :
ご職種	<input type="checkbox"/> メディカル <input type="checkbox"/> コメディカル
希望時間	<input type="checkbox"/> 2008年2月2日(土) 9:30~11:30 <input type="checkbox"/> 2008年2月2日(土) 14:00~16:00
実技希望部位 <small>(右のいずれか一つに チェックをつけて下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈
講師へのリクエストが あればご記入下さい	

*本用紙にご記入していただく情報は、受付業務などの範囲内において利用させていただき、これらの業務以外には利用いたしません

お問い合わせ先

CCT事務局

〒440-0851 愛知県豊橋市前田南町1-1-5 2E Tel 0532-57-1275 Fax 0532-52-2883

共催：東芝メディカルシステムズ株式会社