**「臨床検査技師のためのてんかんデジタル脳波検査ガイドブック」申込書**

てんかんデジタル脳波検査ガイドブックの利用に関して、下記に同意の上、発送を申し込みます。

・個人利用に限ります。

・販売・転売、無断転載などは行いません。

申込日：　　　　　年　　　月　　　日

ご氏名：

ご所属：

必要部数：　　　　　部

【送付先】

郵便番号：

住所：

ご担当者名（申込者と異なる場合にご記入下さい）：

電話番号：

なお、本冊子に関連するセミナー、本冊子に関する情報（改訂版など）のお知らせなどをご希望の場合は、下記にメールアドレスをご記入ください。

メールアドレス：

＊申込書に記載された個人情報は、冊子の送付、冊子にかかわる情報のお知らせ以外の目的では使用致しません。

静岡てんかん・神経医療センター　てんかんデジタル脳波ガイドブック発送係