■ 등록신청서

|  |  |
| --- | --- |
| **구 분** | **☐ 연회비 납부 전문의   ☐ 비회원 전문의☐ 전공의   ☐ 의료기사   ☐ 기타** |
| **성  명 :** |  |
| **의사면허번호 :** |  |
| **병원명 :** |  |
| **소속과 :** |  |
| **휴대폰 :** |  |
| **이메일 :** |  |

\*온라인 강의 로그인시 필요하니 휴대폰 번호를 반드시 입력하십시오.