



技能講習(犬・アトピーアレルギー診断学)  
技能講習会受講認定申請書

◆申請に関する情報			
申込日(西暦)	年 月 日	レポート 提出回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 二回目以降(前回提出日: 年 月 日)
◆申請者に関する情報			
会員 ID		氏名	
所属先名			
連絡先住所	〒 — (自宅・所属先)※いずれかに○をしてください		
Eメール	@		
連絡先電話	( ) —	連絡先 FAX	( ) —
◆今回提出するレポートの該当 DVD にチェックをつけ、DVD のシリアル番号、レポートテーマ番号を記載してください。			
<input type="checkbox"/>	1. アトピー・アレルギーの基礎と臨床	シリアル番号: ( )	レポートテーマ番号:( )
<input type="checkbox"/>	2. I型アレルギーの診断	シリアル番号: ( )	レポートテーマ番号:( )
<input type="checkbox"/>	3. IV型アレルギーの診断	シリアル番号: ( )	レポートテーマ番号:( )
<input type="checkbox"/>	4. アレルギーとサイトカイン	シリアル番号: ( )	レポートテーマ番号:( )
<input type="checkbox"/>	5. 犬アレルギー検査の臨床応用①	シリアル番号: ( )	レポートテーマ番号:( )
<input type="checkbox"/>	6. 犬アレルギー検査の臨床応用②	シリアル番号: ( )	レポートテーマ番号:( )

上記申請書に必要事項を記載のうえ、レポートとともに下記事務局あて、E-mail に添付してお送りください  
(E-mail での送付が難しい場合には、郵送でのご提出も受け付けます)。

同時に審査費用 5,000 円を下記口座にお振込みください。振込手数料は申請者様のご負担をお願いいたします。  
入金確認後、審査開始となりますのでご了承ください。

ご記入いただいた情報は、学会活動に必要な範囲にのみ利用し、ご本人の同意のない第三者への委託・提供等は一切行いません。

**申請書送付先**

〒170-0004  
東京都豊島区北大塚 3-21-10 アーバン大塚 3F  
株式会社ガリレオ 学会業務情報化センター内  
獣医アトピー・アレルギー・免疫学会事務局  
(E-mail: [g007saaivm-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto:g007saaivm-mng@ml.gakkai.ne.jp))

**審査費用振込先**

巢鴨信用金庫 北大塚支店  
【口座番号】 普通 3072710  
【口座名義】 獣医アトピー・アレルギー・免疫学会  
代表 増田 健一