

Fax : 099-239-0486

宛)鹿児島市立病院 中央手術室

第16回 周手術看護研修会 参加申込書

施設名 : _____

所在地 : _____

Tel : _____ Fax : _____

氏名	手術看護学会 会員番号	氏名	手術看護学会 会員番号
フリガナ 代表者		フリガナ	
フリガナ		フリガナ	

参加申し込み計 _____ 名

※ 日本手術看護学会会員の方は必ず会員番号をご記入下さい。
記入のない場合は非会員とします。