

# 平成25年度 第2回 研修会 申込書

申し込み先  
熊本中央病院 手術室 西野 優美  
FAX 096-370-4002

施設名 :

住所 : 〒

TEL :

FAX :

参加者 \* 会員の方は○印と会員番号の記入をお願いします。

	参加者氏名	手術室経験年数	会員	会員番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

( )名参加

\* 希望する手術体位を第3希望まで記入をお願いします。

1	
2	
3	