

申し込み用紙

FAX 番号 : 0973-22-1269

問い合わせ先 : 大分県済生会日田病院 0973-24-1100 ( <sup>おくの</sup> 棕野 )

施設名 ( ) 代表者連絡先 (Tel )

	氏名	ふりがな	手術経験 年数	9/20 研修会 参加	日本手術看護 学会会員
1				有 無	有 無
2				有 無	有 無
3				有 無	有 無
4				有 無	有 無
5				有 無	有 無
6				有 無	有 無
7				有 無	有 無
8				有 無	有 無
9				有 無	有 無
10				有 無	有 無
11				有 無	有 無
12				有 無	有 無
13				有 無	有 無
14				有 無	有 無
15				有 無	有 無

申込期間 平成 27 年 1 月 19 日～2 月 6 日まで