

## 平成27年度 第2回 研修会 申込書

申し込み先

国立病院機構熊本医療センター 手術室 清田喜代美

Eメール kiyomisn@kumamed.jp

施設名 :

住所 : 〒

TEL :

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

メールでの申し込みをお願いいたします。

