

日本手術看護学会九州地区熊本分会 平成 28 年度 第1回研修会

参加申込書

必要事項をご記入の上、下記申込書送付先まで FAX にてご送付くださいますよう、宜しくお願い致します。

ご施設名: \_\_\_\_\_

ご住所: \_\_\_\_\_

連絡先電話番号: \_\_\_\_\_

メールアドレス(施設代表者): \_\_\_\_\_

ご参加者名① \_\_\_\_\_

ご参加者名② \_\_\_\_\_

ご参加者名③ \_\_\_\_\_

ご参加者名④ \_\_\_\_\_

ご参加者名⑤ \_\_\_\_\_

ご参加者名⑥ \_\_\_\_\_

ご参加者名⑦ \_\_\_\_\_

御参加者名⑧ \_\_\_\_\_

御参加者名⑨ \_\_\_\_\_

● 申込書送付先

ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)福岡営業所 担当:岡部 知子、嶋本 慈秀

**FAX 番号:092-441-3772**

**\*6月7日(火曜日)締め切り**