

第 20 回日本手術看護学会九州地区  
佐賀分会研修会 参加申込書

施設名 ( )

No	氏名	会員	会員 No	非会員
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※日本手術看護学会会員（会員番号も）または非会員欄に○を記入してください。

参加者数 \_\_\_\_\_ 名

※申込締切り 平成 28 年 10 月 7 日（金）

申込先

〒840-8571

佐賀市嘉瀬町中原 400 番地

佐賀県医療センター好生館

手術部 菖蒲 庸子

TEL 0952-24-2171（内線 1700）

FAX 0952-29-9390