

第 26 回「日本手術看護学会九州地区筑後分会研修会」参加申込書

公立八女総合病院 手術室

白谷 悦子

TEL : 0943-23-4131(代) 内線 : 2215

FAX : 0943-23-4146

【ご施設名】 _____

【代表者名】 (ご連絡先) _____

【ご参加者名】

	氏名 (ふりがな)	手術室経験	会員	希望体位 (ひとつ選択)
1				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
2				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
3				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
4				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
5				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
6				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
7				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
8				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
9				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位
10				碎石位 ・側臥位 腹臥位 ・ラパ体位

*この参加申込用紙をFAXして下さい。参加者多数の場合はコピーして御使用をお願い致します。

*氏名は楷書で、ふりがなの記載を必ずお願い致します。

*人数の調整上、希望する体位にならない場合があります。ご了承下さい。

*定員がありますので早めの申し込みをお願い致します。 ***締め切り：10月2日(月)到着分迄**