

「実践！手術体位」の研修参加を希望される方は、

下記にご記入の上、FAX をお願い致します。

FAX 先：099-250-9701

問い合わせ先：鹿児島市医師会病院 手術室 前田 龍弥

TEL：099-254-1125 E-mail：t-maeda@city.kagoshima.med.or.jp

施設名	
代表者氏名	フリガナ
連絡先	TEL (必須) E-mail

1 施設 4 名までとさせていただきます。

参加者氏名	手術看護師経 験年数	手術看護学会会員 (どちらかに○)	会員No.
		会員・非会員	

仰臥位、腹臥位、砕石位、側臥位、腹腔鏡下体位以外に希望する体位がございましたら一つご記入ください。

()

※ 8月10日(木)までに FAX をお願い致します。先着順で締め切りとなります。

定員に達した場合、お断りの連絡をさせていただきます。早めの申し込みをお願い致します。