

() 枚目
複数枚送信される場合記入

第 20 回 周手術期看護研修会参加申し込み

FAX番号:099-206-1437(今村総合病院手術室)

施設名: _____
所在地: _____
電話: _____
F A X: _____

| (フリガナ) 氏 名 | 日本手術看護学会 会員番号 | <u>PMT</u> 単位取得希望者 |
|---------------|------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

計 _____ 名

記入欄が不足する場合にはコピーしてご記入ください。

- ※ 日本手術看護学会会員の方は、必ず会員番号をご記入下さい。
記入のない場合は非会員といたします。
- ※ 周術期管理チーム看護師（PMT）の単位取得を希望される方は○印をつけてください。
- ※ お申し込みの際にご記入いただいた個人情報は、申し込みの確認、連絡以外には使用いたしません。
- ※ 電話での受付はしておりませんのでご了承ください。
- ※ 会場の駐車場が満車の場合は、近隣の有料駐車場をご利用下さい。



【お問い合わせ先】

公益財団法人慈愛会 今村総合病院

手術室・セントラルプライ：恵 真紀

TEL・FAX 099-206-1437 (手術室直通)