

平成 29 年度 第 2 回 研修会 申込

申し込み先

くまもと森都総合病院 手術室 松原雅子

E メール matsubara@k-shinto.or.jp

施設名：

住所：

TEL：

参加者★会員の方は○印と会員番号の記入をお願いします。

	参加者氏名	手術室経験年数	会員	会員番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

() 名参加

メールでの申し込みをお願いします。