**2018 年 2 月 24 日　土曜日**

**沖縄県分会研修参加申込書**

※入力後、下記のアドレスへファイルの送付をお願い致します

送信先：琉球大学附属病院　手術室 謝名堂 昌人

TEL：090-895-3331（内線4696）

E-mail：janado@jim.u-ryukyu.ac.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 代表者氏名 | フリガナ　（　　　　　　　　　　 　　　 ） |
| 連絡先 | TEL（必須）E-mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加申込者名 | 沖縄県分会会員入会の有無 | 日本手術看護学会入会の有無 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |

※平成**30年2月9日（金）**締切り

※当日参加可能