

第 21 回日本手術看護学会九州地区

佐賀分会研修会 参加申込書

施設名 ()

No.	氏名	会員	会員 No.	非会員
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

* 日本手術看護学会会員（会員番号）または非会員欄に○を記入してください。

参加者数 名

* 申し込み締め切り 10月31日（火）

申し込み先：〒840-8571 佐賀市嘉瀬町中原 400 番地

佐賀県医療センター好生館 手術部 菖蒲 庸子

FAX 0952-29-9390