「実践！体位固定」の研修に参加される方は下記にご記入の上、FAXをお願い致します。

また、予定手術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。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 参加会場 | (参加する会場に○をつけてください)鹿児島地区　　　　　大隅地区 |
| 施設名 |  |
| 代表者氏名 | フリガナ |
| 連絡先 | TEL（必須）E-mail |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
|  |  | 会員・非会員 |  |
|  |  | 会員・非会員 |  |
|  |  | 会員・非会員 |  |

希望する特殊体位があれば、一つ下記に記入してください。

* 先着順で締め切りとなります。4月23日（月）までにFAXをお願い致します。

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します。

※今回は鹿児島地区と大隅地区の2会場で開催します。いずれかの会場を選択してください。重複して申し込むことはできません。ご了承ください。