|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日本手術看護学会九州地区 研修会 申込み用紙（FAX用紙） | | | |
| FAX送信先：093-(691)-7389 | | | |
| 連絡先　産業医科大学病院　松野　修一　　　TEL:093-603-1611　内線8917 | | | |
| 研修テーマ：「全身麻酔で、どんな変化が起きる・どう対処する～基本からトリビアまで～」 | | | |
| 日　時　：2019年8月31日（土）　13：00～16：15 （受付開始　12：30～） | | | |
| ＊申し込み締め切り　2019年8月20日（火） | | | |
| 施設名 |  | | |
| 所在地 | 住所：（〒　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | TEL： |  |  |
|  | お名前 | ふりがな | 会員・非会員 |
| 記入例 | 九州 太郎 | きゅうしゅう たろう | 会員 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
|  | ※ 申込みにご記入頂いた個人情報は、当研修以外の目的には一切使用致しません。 | | |
|  | 参加者が多数の場合は、用紙をコピーして使用して下さい。 | | |
|  | 定員がありますので早めのお申し込みをお願い致します。定員に達した後にお申し込みがあった場合、お断りさせて頂くことがことがあります。 | | |
|  | ※ 日本麻酔科学会周術期管理チーム認定受験資格セミナー対象です。  　　参加証を発行しますので施設名・氏名は明瞭に記載ください。  　　研修にすべての時間で参加した場合のみ参加証をお渡ししますので、研修終了後にお受け取り下さい。  　　参加証の再発行は受け付けませんのでご了承下さい。（各自で厳重に保管ください） | | |
| 周術期管理に関して質問などがありましたら、ご記入ください。  研修会の参考にしたいと考えておりますが、研修会において個人を指名したりすることはありませんのでご自由にお書き下さい | | | |