**日本手術看護学会九州地区**

**筑後分会研修会　参加申込書**

**施設名（　　　　 　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **会員** | **非会員** |  | **氏名** | **会員** | **非会員** |
| **１** |  |  |  | **16** |  |  |  |
| **２** |  |  |  | **17** |  |  |  |
| **３** |  |  |  | **18** |  |  |  |
| **４** |  |  |  | **19** |  |  |  |
| **５** |  |  |  | **20** |  |  |  |
| **６** |  |  |  | **21** |  |  |  |
| **７** |  |  |  | **22** |  |  |  |
| **８** |  |  |  | **23** |  |  |  |
| **９** |  |  |  | **24** |  |  |  |
| **10** |  |  |  | **25** |  |  |  |
| **11** |  |  |  | **26** |  |  |  |
| **12** |  |  |  | **27** |  |  |  |
| **13** |  |  |  | **28** |  |  |  |
| **14** |  |  |  | **29** |  |  |  |
| **15** |  |  |  | **30** |  |  |  |

**＊日本手術看護学会会員（会員番号）または非会員欄に〇を記入してください。**

**参加者数**

**＊申し込み締め切り　2025年　1　月　10　日（　金　）**

**【申し込み先】**

**施　設　名：　地方独立行政法人　筑後市立病院　中央手術室**

**住　所　〒833-0041　福岡県筑後市大字和泉917番地1**

**TEL 0942-53-7511 　FAX 0942-53-7515**

**E-mail：****nagata-k@chikugocity-hp.jp****永田　佳代子**