

FAX 送信書

第 21 回秋田県手術看護情報交換会

参加申込書

※申込期限 2019年 9月 30日（月曜日）

宛先 秋田大学医学部附属病院 坂谷 慶子 宛

FAX 018 - 839 - 3546

貴院名 _____

住 所 _____

T E L _____ / F A X _____

	氏 名	フリガナ(カナ)	手術室経験年数 及び役職
例	なまはげ 太郎	ナマハゲ タロウ	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			



FAX 送信書

第 21 回秋田県手術看護情報交換会

質問内容

今回のテーマについて各施設での疑問点や聞いてみたいことなど記入してください。当日講師の先生への質問をし回答いただければと思います。

(施設名・個人名等の公表はいたしません)

※申込期限 参加申込書と一緒にFAXお願いします。

FAX 0 1 8 - 8 3 9 - 3 5 4 6

	質問内容
1	
2	
3	
4	
5	

