

時短術★セミナー 参加申込票

FAX 018-884-6457 申込締切 : 11月13日(木)

日時 : 平成26年11月14日(金)17:30~18:30

会場 : 秋田大学医学部医学系研究棟3階 第4講義室

氏名	フリガナ	
所属	病院名or学校名(学年)	
	診療科名	役職
連絡先	TEL	E-mail
備考	※特記事項がありましたら、ご記入ください。	

託児申込み
11/7締切

《 お子様 》				
1	氏名	フリガナ	性別	年齢 歳 ヶ月
	特記事項		アレルギーの有無 無 ・ 有	
2	氏名	フリガナ	性別	年齢 歳 ヶ月
	特記事項		アレルギーの有無 無 ・ 有	



【お問い合わせ・お申込み先】

あきた医師総合支援センター

〒010-8543 秋田市広面字蓮沼44番2

秋田大学医学部附属病院 シミュレーション教育センター内

TEL : 018-884-6430 / FAX : 018-884-6457

E-mail : info@akitamd-support.com