

心臓・腹部超音波検査講習会 参加申込票

- ① 日時：平成27年 2月23日（月）18:00～20:30（予定）
- ② 場所：秋田大学医学部附属病院
 I 講義：シミュレーション教育センター1階 TVセミナー室
 II 実技：内視鏡・超音波センター
- ③ 申込先：秋田大学医学部附属病院総合臨床教育研修センター
 Fax番号 018-884-6454
- ④ 締切：平成27年2月13日（金）

※参加者多数の際は初期研修医を優先する場合があります。ご了承ください。

医療機関名： _____

	申込者氏名	所 属		連 絡 先
1	フリガナ	診療科名		TEL
	氏 名	職名	臨床経験年数 年目	E-mail
2	フリガナ	診療科名		TEL
	氏 名	職名	臨床経験年数 年目	E-mail
3	フリガナ	診療科名		TEL
	氏 名	職名	臨床経験年数 年目	E-mail

※ 参加申込者が多数いる場合は、お手数ですが複写してお取りまとめください。

【本件に関する連絡担当者】

お名前： _____（所属： _____）

連絡先 お電話番号： _____

[問合せ・提出先]

秋田大学医学部附属病院総合臨床教育研修センター
 TEL: 018-884-6427・6266、FAX: 018-884-6454
 E-mail: simreserve@hos.akita-u.ac.jp