

超音波ガイド下 中心静脈カテーテル挿入トレーニングセミナー 参加申込書

- ① 日時：平成28年 1月13日（水）18:00～20:00（予定）
- ② 場所：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
1階 TVセミナー室
- ③ 申込先：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
（メールへ添付してください）
E-Mail：simreserve@hos.akita-u.ac.jp
- ④ 締切：平成28年1月5日（火）

※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シミュレーション教育センター 受付
TEL：018-884-6427・6266、FAX：018-884-6454
E-mail：simreserve@hos.akita-u.ac.jp