

心臓・腹部超音波検査講習会 参加申込書

① 日 時 : 平成28年 2月8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シミュレーション教育センター受付

F A X : 018-884-6454

E-mail : simreserve@hos.akita-u.ac.jp

④ 締 切 : 平成28年2月1日 (月)

※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