



# 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】

締切締切\*7/8(金)

日時 平成28年7月16日(土)14:00~16:00

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 TVセミナー室

申込方法 あきた医師総合支援センターHP、E-mail、FAX(※必要に応じて本申込書をご利用ください)

医療機関名	
-------	--

1	氏名	フリガナ	臨床経験年数	年目
			職名	
	診療科名			
	連絡先	TEL	E-mail	
2	氏名	フリガナ	臨床経験年数	年目
			職名	
	診療科名			
	連絡先	TEL	E-mail	
3	氏名	フリガナ	臨床経験年数	年目
			職名	
	診療科名			
	連絡先	TEL	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

氏名		所属	
連絡先	TEL	E-mail	



【お問い合わせ・お申込み先】

あきた医師総合支援センター

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

E-mail : info@akitamd-support.com