

9月9日(土) 開催

CVC指導者コース/実践セミナー

締切締切
8/20(月)

【参加申込書】



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)

1

▼ 参加希望コースに○印をお願いします。

CVC指導者養成コース	CVC実践セミナー
氏名(フリガナ)	職名
勤務先・ご所属先	臨床経験年数 年目
E-mail (PCからのメールを受信できるもの)	電話番号

以下の内容を確認の上、チェックしてください▼
セミナー受講前の「日本医学シミュレーション学会A会員」への登録を了承します。
(年会費8,000円は自己負担となります)

2

▼ 参加希望コースに○印をお願いします。

CVC指導者養成コース	CVC実践セミナー
氏名(フリガナ)	職名
勤務先・ご所属先	臨床経験年数 年目
E-mail (PCからのメールを受信できるもの)	電話番号

以下の内容を確認の上、チェックしてください▼
セミナー受講前の「日本医学シミュレーション学会A会員」への登録を了承します。
(年会費8,000円は自己負担となります)



【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