11月30日(土)　開催

CVC指導者養成ｺｰｽ/実践ｾﾐﾅｰ

【参加申込書】

締切締切
10/23(水)

□　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

▼　参加希望コースに〇印をお願いします。	
CVC指導者養成コース　・　CVC実践セミナー	
氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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
指導者養成コースご希望の場合、以下の内容を確認のうえ、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

▼　参加希望コースに〇印をお願いします。	
CVC指導者養成コース　・　CVC実践セミナー	
氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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
指導者養成コースご希望の場合、以下の内容を確認のうえ、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