

会員各位

平成18年3月吉日
静岡県臨床工学技士会
会 長 興津 英和
学術委員長 安本 晃司
実行委員長 千葉 哲也
(公印省略)

血液浄化安全対策セミナー開催のご案内(第2報)

謹啓 皆様におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、先般血液浄化安全対策セミナー開催案内を皆様にお送りさせていただきましたが、プログラムが完成しましたので送付させていただきます。

本セミナーは、技士会会員および看護師をはじめとする、コメディカルスタッフを対象に、血液浄化療法を安全に、そして有効に行うための情報提供、医療事故防止のためのリスクマネジメント対策、専門分野の知識向上を目的としています。皆様の参加をお待ちしています。

謹白

記

日 時 平成18年4月30日(日) 9:30~16:45 受付開始9時~
場 所 コンベンションアーツ グランシップ 10階 1001-1 会議室
静岡県池田79-4 TEL 054-203-5710
参加費 静岡県臨床工学技士会 正会員 学生 2300円
看護師・その他 3300円
※聴講料にはオリジナルテキスト、昼食代(800円)が含まれています。
申込期限 平成18年4月15日(土)
申込方法 別紙の申し込み用紙に必要事項を記載し血液浄化セミナー事務局まで郵送して下さい。
送付先: 〒431-1304
静岡県浜松市細江町中川7172-2418 寺田クリニック CE室
血液浄化安全対策セミナー事務局 安本 晃司 宛
TEL:053-527-2011

以上

血液浄化安全対策セミナー申込用紙

1	氏名		施設名	
	電話番号		住所	〒
	所属/病棟		お弁当	申込・持参
2	氏名		施設名	
	所属/病棟		お弁当	申込・持参
3	氏名		施設名	
	所属/病棟		お弁当	申込・持参
4	氏名		施設名	
	所属/病棟		お弁当	申込・持参
5	氏名		施設名	
	所属/病棟		お弁当	申込・持参
6	氏名		施設名	
	所属/病棟		お弁当	申込・持参

- * 必要事項を記入の上、下記事務局までご郵送ください。
- * 電話番号、住所の記入もお願いします。(複数名の場合は代表者のみ)
- (振込用紙等を発送いたしますので、受け取りの出来る住所にしてください。病院の場合は病棟名を必ず記載してください。)
- * 申込期限は平成 18 年 4 月 14 日(金)消印有効です。また、受付は先着順とし、定員になり次第締め切らせていただきます。
- * 会場付近には飲食店はないため、お茶代、税込みで 800 円お弁当を含めた参加費となっておりますが、お弁当を持参場合は、申し込み用紙のお弁当欄の持参に○を付け、参加費から 800 円を引いた金額を振り込みください
- * 記入欄が足りない場合はコピーしてご使用ください。

〒431-1304 浜松市細江町中川 7172-2418

寺田クリニック CE 室

血液浄化安全対策セミナー事務局 安本 晃司 宛

TEL: 053-527-2011