

第9回呼吸器セミナー 受講申込書

1	フリガナ		施設名	
	氏 名			
	電話番号		住 所	〒
	所属or病棟		静岡県 臨床工学技士会	会 員 ・ 一 般 ・ 学 生
2	フリガナ		施設名	
	氏 名			
	所属or病棟		静岡県 臨床工学技士会	会 員 ・ 一 般 ・ 学 生
3	フリガナ		施設名	
	氏 名			
	所属or病棟		静岡県 臨床工学技士会	会 員 ・ 一 般 ・ 学 生
4	フリガナ		施設名	
	氏 名			
	所属or病棟		静岡県 臨床工学技士会	会 員 ・ 一 般 ・ 学 生
5	フリガナ		施設名	
	氏 名			
	所属or病棟		静岡県 臨床工学技士会	会 員 ・ 一 般 ・ 学 生

- * 申込期限は平成23年1月21日(金)消印有効です。
- * 電話番号、住所の記入をお願いします。(複数名の場合は代表者のみ)
(振込用紙等を発送致しますので、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、又は所属を必ず記載してください)
- * 下記事務局へ郵送、又はFAXにてお申し込みください。
- * 聴講料はお申込み確認後、振込用紙を郵送し、ご案内いたします。
- * 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。
- * 昼食は800円のお弁当(お茶込)をご用意します。
- * 記入欄が足りない場合はコピーしてご使用ください。
- * キャンセル、変更等の連絡は直接事務局に電話するか、
当会ホームページ「お問い合わせ」よりメールでご連絡ください。

〒420-8630 静岡市葵区追手町10-93
 静岡市立静岡病院 臨床工学科内
 呼吸器セミナー事務局
 興 津 健 吾(オキツケンゴ)
 TEL:054-253-3125 (内線6344)
 FAX:054-252-0010