

第 19 回人工呼吸セミナー申込書

フリガナ

氏名 : _____

勤務先 : _____

連絡先住所 (自宅・勤務先) _____

〒 _____

TEL (_____) 内 FAX (_____)

勤務先の場合には詰め所など詳しくお書きください

職種 : 医師 看護師 理学療法士 臨床工学士 その他 (_____)

北海道呼吸管理研究会 (年会費 2000 円) 会員 非会員
(入会を希望 する・しない)

昼食 (一食分 500 円) 2 月 23 日 (土) : 希望する 希望しない
2 月 24 日 (日) はありません.

人工呼吸セミナー受講経験 あり (第 16 , 17 , 18 回 ← どちらかに○)
なし

複数人が申し込まれる場合には、本用紙をコピーしてお使いください。