

平成28年5月31日 (火)

第6回脳死判定セミナー申込書

会員（会員番号： ） ・ 非会員					
職 種		医 師 ・ 看護師 ・ その他（ ）			
ふりがな					
氏 名					年齢
ご所属先	施設名				
	部課名				役職
	住所				
	電話番号				
E-mail					

参加費用

医師 15,000円 看護師・その他 8,000円

こちらからお送りする払込用紙にてお振込みをお願いします

その払込の受領書が当日テキストとの引換券とのなります

申し込み連絡先

日本小児救急医学会事務局脳死判定セミナ一係

E-mail jsep@convention-access.com

TEX 03-3352-4011

FAX 03-3352-5421