|  |
| --- |
| **第23回 秋田県合同輸血療法委員会　オンデマンド配信　参加申し込み** |

ご回答期限：令和3年2月14日（日）　　回答データ送付先ph00118@akita.bc.jrc.or.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご施設名 |  | |
| ご所属（部門・診療科など） |  | |
| 職種 | 医師　　　看護師　　　薬剤師　　　臨床検査技師  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| お名前 |  | |
| 参加者の連絡先（電話番号）※１ |  |
| 参加者の連絡先（メールアドレス）※２ |  |

※ お手数ですが参加者お一人ずつ全項目ご記入ください  
※1やむを得ない事情で変更となる場合等で使用する場合があります  
※2月17日（水）前後にオンライン配信（YouTube等）動画視聴リンク先，資料ダウンロードリンク先のURLなどをお送りします

|  |
| --- |
| **第23回 秋田県合同輸血療法委員会　オンデマンド配信　参加申し込み** |

ご回答期限：令和3年2月14日（日）　　回答データ送付先ph00118@akita.bc.jrc.or.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご施設名 |  | |
| ご所属（部門・診療科など） |  | |
| 職種 | 医師　　　看護師　　　薬剤師　　　臨床検査技師  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| お名前 |  | |
| 参加者の連絡先（電話番号）※１ |  |
| 参加者の連絡先（メールアドレス）※２ |  |

※ お手数ですが参加者お一人ずつ全項目ご記入ください  
※1やむを得ない事情で変更となる場合等で使用する場合があります  
※2月17日（水）前後にオンライン配信（YouTube等）動画視聴リンク先，資料ダウンロードリンク先のURLなどをお送りします