

別 紙

平成 2 9 年度第 2 回褥瘡対策研修会 参加申込書

《申込先》

日本海総合病院 医事課 佐藤萌子宛て

FAX 0234-26-5114

団体名 : _____

恐れ入りますが、氏名にふりがなをお願いいたします。

区分	時間	氏 名 し めい
①	10 : 00～10 : 30	
②	15 : 00～15 : 30	
③	17 : 30～18 : 30	

申込期限 : 平成 3 0 年 1 月 5 日 (金) まで