

東京都院内感染対策強化事業地域研修会申込書  
《 第2回・西多摩 》

申し込み先 FAX 03-5217-0898

※ 複数名お申し込みの場合は、参加希望者1名ごとに1通ずつ作成して下さい。

申込日：平成24年 月 日

医療機関名			TEL	
			FAX	
住 所	〒           —			
参 加 者	フリガナ 氏 名		部署：	
	フリガナ 氏 名		役職：	
	職 種	医師          看護職員          薬剤師          臨床検査技師 その他（ご記入下さい⇒） _____		
参 加 者	フリガナ 氏 名		部署：	
	フリガナ 氏 名		役職：	
	職 種	医師          看護職員          薬剤師          臨床検査技師 その他（ご記入下さい⇒） _____		

東京都院内感染対策強化事業 地域研修会（24年度第2回・西多摩）