

東京都院内感染対策強化事業地域研修会申込書
 《 第3回・区南部 平成25年1月16日開催 》

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	〒 ー			
参 加 者	フリガナ 氏 名		部署：	
			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⇒） _____		
	昨年度のグループワーク研修に 参加した ・ していない			
参 加 者	フリガナ 氏 名		部署：	
			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⇒） _____		
	昨年度のグループワーク研修に 参加した ・ していない			

東京都院内感染対策強化事業 地域研修会（24年度第3回・区南部）