

東京都院内感染対策強化事業地域研修会申込書
 《 第6回・区中央部 》平成25年2月20日開催

申し込み先 FAX 03-5217-0898

※ 研修会当日、自施設のMRSA検出レポート、マニュアルをご持参下さい。

申込日：平成 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⇒） _____	
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⇒） _____	