

東京都院内感染対策強化事業地域研修会申込書  
《 第4回・南多摩 》

申し込み先 FAX 03-5217-0898

- ※ 申し込み多数の場合、1 病院あたりの人数の調整をお願いする場合があります。
- ※ 参加者名簿を作成・配布する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

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		部署：	
	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		部署：	
	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4回・南多摩）