第21回日本気胸・嚢胞性肺疾患学会総会

ハンズオンセミナー申込書

本学会のハンズオンセミナーを下記の通り申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 |  |
| 氏　名 |  |
| 職　種（○を付けて下さい）　　　　　　　　　　　 | 看護師　　　臨床工学士　　　その他（　　　　　　　　） |
| 職種経験年数 |  |
| ご連絡先　　　　電話番号 |  |

申込み先　E-mail：21nihonkikyou@tenjinkai.or.jp