

平成20年度 京都府臨床工学技士会

第2回医療セミナー参加申込書

日時：平成20年9月21日(日) 9時30分受付開始 場所：京都テルサ

住所	〒
氏名	
勤務先	
所属名	
電話	(定員オーバーのときにお知らせするものです)
E-mail	(定員オーバーのときにお知らせするものです)
会費	京都府臨床工学技士会会員 1000円 京都府看護協会会員 1000円 京都府臨床検査技師会会員 1000円 京都腎臓病患者協議会 会員 無料 学生 無料
このセミナーに関して、コミュニケーションや、災害対策などでの皆様のご意見・ご質問をご記入くださいますようお願い致します(匿名は厳守いたします)	

複数人数でお申込みの方は、氏名欄に全氏名と連絡の際の責任者に 印をして下さい。

提出いただきました個人情報、当セミナーの目的以外には使用いたしません。

この面を FAX ( 0 7 5 ) 803 - 5 0 8 9 (京都府臨床工学技士会 事務局 高橋 宛)

または、〒602 - 8155 京都府京都市上京区千本通竹屋町東入主税町910

京都保健衛生専門学校 臨床工学技士専攻科内 京都府臨床工学技士会 事務局 高橋 宛

までご郵送ください。

平成20年9月19日(金)までにお願い致します。

定員になり次第その時点で申し込みされた方には MAIL・TEL にて連絡させていただきます。

受講可能な方には連絡はいたしませんのでご了承ください。

席の残数は京都府臨床工学技士会ホームページ上で確認できます。合わせてご覧ください。

<http://kyoacet.jp>