

第 26 回 高知赤十字病院 I C L S コース

受講者募集

高知赤十字病院 I C L S コースの受講者を募集しています。

希望される方は下記募集要項を確認のうえ、お申し込みください。

募集要項

【日 時】	平成 31 年 1 月 27 日 (日) 8:50~18:00(予定) ※ 時間については予定のため、資料送付時に正式にご案内します。
【場 所】	高知市新本町 2 丁目 1 3 番 5 1 号 高知赤十字病院 本館 3 階 第一会議室
【対 象 者】	医療従事者であれば、どなたでも参加 OK ※ BLS と AED 使用方法を事前に学習されていることが望ましいです。
【募 集 数】	若干名 (公募枠)
【受 講 料】	3, 0 0 0 円 (お弁当・お茶代含む)
【申し込み】	別途申込書に必要事項を記載のうえ、高知赤十字病院 企画課まで F A X または メール にて申し込みください。 メールで申し込みされる方は、申込書の記載事項をメールに記載し送信ください。
【締め切り】	平成 30 年 11 月 30 日 (金) まで ※ 応募者多数の場合は、当院にて選考させていただきます。その際は、締切後数日中にメール又は FAX にてお知らせいたします。
<申し込み先・問い合わせ先> 高知赤十字病院 企画課 担当：弘田・津野 (I C L S コース事務局) TEL : 0 8 8 - 8 2 2 - 1 2 0 1 (内線 1 3 2 2) F A X : 0 8 8 - 8 2 2 - 1 0 5 6 E-mail : iclscourse@yahoo.co.jp	

第 26 回高知赤十字病院 I C L S コース 受 講 申 込 書

開催日：平成 31 年 1 月 27 日（日）

会 場：高 知 赤 十 字 病 院

氏 名(漢字)	
氏 名(かな)	
所属施設名	
所属科(病棟)	1.内科系 2.外科系 3.外来 4.その他（ ）
職 種	1.医 師 2.看護師 3.救急救命士 4.その他（ ）
臨床経験年数	年 カ月
連絡先住所 ※資料を送付します	(職場 ・ 自宅) 〒
電話番号	— —
E-mail	@
参加可否の ご連絡先	連絡先 (上記 E-mail ・ FAX) FAX 番号_____
懇親会参加 (研修終了後/費用未定)	・参加する ・参加しない

以上の項目に記入のうえ、高知赤十字病院企画課あてお申し込みください。
締切日は平成 30 年 11 月 30 日(金)まで。参加の可否は締切後、数日中にお知らせいたします。

<申し込み先・問い合わせ先>

高知赤十字病院 I C L S コース事務局

〒780-8562 高知市新本町 2 丁目 13 番 51 号

高知赤十字病院 企画課 (担当：弘田・津野)

T E L : 088-822-1201 (内線 1322)

F A X : 088-822-1056

E-mail : iclscourse@yahoo.co.jp

