

《§ 外傷セミナー受講者募集 §》

「高知外傷セミナー in 高知赤十字病院」の受講者を募集しています。

名 称 : 高知外傷セミナー in 高知赤十字病院

(JPTECプロバイダーコース)

日 時 : 平成30年12月2日(日) 8時~18時(予定)

会 場 : 高知赤十字病院内

参 加 費 : 6,000円(内訳 受講料:5,000円+昼食代:1,000円)

募 集 人 数 : 若干名 ※応募者多数の場合は事務局にて調整させていただきます

応 募 資 格 : ・医 師 ・看 護 師 ・救 急 救 命 士 ・消 防 隊 員

申 込 方 法 : FAXでお申し込みの方は別紙申込書欄に必要事項を記載してください。メールでお申し込みの方は別紙申込書に記載されている必要事項をメールに記載してください。

申 込 先 : 高知赤十字病院 企画課
FAX 088-822-1056 (電話:088-822-1201(内線1322))
メール jptec-krch@kochi-med.jrc.or.jp

申 込 締 切 : 平成30年10月26日(金)17時まで

そ の 他 : 応募者多数の場合は、事務局で選考のうえ連絡いたします。

FAX 送信票

FAX 番号 : 088-822-1056

平成 年 月 日

高知外傷セミナーin 高知赤十字病院受講申込書

高知外傷セミナー運営担当 行き

高知外傷セミナーに下記のとおり受講申し込みいたします。

記

【申込者記載欄】

申込者氏名	(フリガナ) (漢字)
生年月日	昭和・平成 年 月 日
医療資格	1.医師 2.看護師 3.救急救命士 4.救急隊員
勤務先名	
勤務部署	
連絡先電話	
E-mail	-----
資料送付先 住所 (自宅 ・ 職場)	〒

締切日は平成 30 年 10 月 26 日 (金) 17 時まで。提出先 : 高知赤十字病院 企画課 まで。