

平成30年度北海道肝炎医療コーディネーター研修会

参加申込用紙

送付先：北海道大学病院 肝疾患相談センター（北海道大学病院内） FAX：011-706-5630 住 所：〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目 Eメール：liver_reception@huhp.hokudai.ac.jp
--

日時：平成30年9月17日(月祝) 9：00～15：00

場所：北海道大学学術交流会館 2階講堂 札幌市北区北8条西5丁目

定員：先着200名（定員に達した場合、お断りすることがございます。予めご了承ください）

○申込締め切り 平成30年9月6日（木）

○研修会へ参加を希望される方は、以下の欄にご記入の上、お申込をお願いいたします。

※平成29年9月10日（日）開催の北海道肝炎医療従事者研修会（肝炎医療コーディネーター研修会）受講者は本研修会を受講できません。申込をされた場合、お断りの連絡をさせていただきます。何卒ご了承ください。

医療機関名	
医療機関住所	〒
連絡先電話番号	
参加者氏名 職種	※1 複数申込の場合はご代表者様に☑をお願いいたします。 ※2 認定証の交付のため、氏名を正確にご記入ください。 ※3 氏名は姓と名の間を1字空けてください。 ※4 必ず出席できる方の氏名をご記入ください。 ※5 書ききれない場合はコピー等にてご使用ください。 ※6 読み取れない場合、確認のお電話をさせていただきます。何卒ご了承ください。
記入見本 <input type="checkbox"/> 氏名 <small>複数申込の場合、ご代表者様に☑を入れてください。</small>	フリガナ ホク ダイ ハナ コ <div style="font-size: 2em; text-align: center;">北大 花子</div> 職種：看護師
<input type="checkbox"/> 氏名 <small>複数申込の場合、ご代表者様に☑を入れてください。</small>	フリガナ 職種：

※受付後、当センターより聴講券を送付いたします。送付されない場合はお手数ですがご連絡をお願いいたします。