

【FAX : 03-5981-6012】

日本小児外科学会 第48回学術集会

小児看護サテライトセミナー 参加登録

申込年月日：2011年 月 日

| | 姓(Family name) | 名(Given name & Middle name) |
|------|----------------|-----------------------------|
| フリガナ | | |
| 氏名 | | |

■ご所属をご記入下さい■

| | | | | |
|-------------------------|----------|------|-------|---|
| 所属機関 (名称及び 部署・部課) | | | (職名) |) |
| 所在地 | 〒 | | — | |
| | | | | |
| | TEL : | (内線) | FAX : | |
| | e-mail : | | | |

■ご自宅が連絡先の場合、以下に記入して下さい■

| | | | | |
|-------------|----------|--|-------|--|
| 現住所 (自宅) | 〒 | | — | |
| | | | | |
| | TEL : | | FAX : | |
| | e-mail : | | | |

Q1. 職種を選択して下さい。

- 看護師
 医師
 その他 ()

Q2. サテライトセミナー以外のご参加予定にチェックをお願いします (予約ではありません)。

- 会員懇親会 (大江戸温泉物語)
 特別講演 (アグネス・チャン)
 特別講演 (小室淑恵)
 その他のセッション

※お申し込みありがとうございました。