

(添書不要)

送 信 先：福島県保健福祉部業務課 伊藤 行

FAX番号：024-521-7992

申 込 締 切：平成25年11月22日（金）まで

自己血輸血講習会申込書

平成25年12月6日（金）開催の自己血輸血講習会の参加を申し込みます。

病 院 名				
申込担当者名				
連絡先電話番号				
参 加 希 望 者				
優先 順位	所 属	職 種	氏 名	昼 食 事前申込
1				
2				
3				
質問事項等（質問事項等がありましたら記入願います。講習会の席上で回答します。）				
＜参考＞ 年間の自己血輸血件数			件	

* 記載上の注意

1 申込者は各病院3名程度に限らせていただきます。参加希望者が多数の場合には、優先順位の高い方から御案内させていただくことがありますので御了承ください。

（人数調整が必要な場合には、11月中に御連絡申し上げます。）

2 「昼食事前申込」欄には必要な方は「○」、不要な方は「×」を記入してください。

昼食代（1,000円）は、講習会当日に会場受付でお支払いください。