第３回HALS ハンズオントレーニング ワークショップ

* 参加希望の先生は下片の申込書にご記入の上、Applied MedicalのStephanie Morris ([stephanie.morris@appliedmedical.com](mailto:stephanie.morris@appliedmedical.com))へ転送して下さい。
* 同一施設から複数名お申し込みの場合もお一人様1枚づつ申込書をご提出下さい。
* 参加申込書の登録締め切り：4月28日【木曜日】

《 参 加 申 込 書 》

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ローマ字表記 |  | |
| ご 氏 名 |  | |
| 緊急連絡先 |  | |
| E-mail | @ | |
| ご 施 設 | ご施設名： | |
| ご所属科名： | |
| ご 住 所： 〒 | |
| 電話番号： | |
| FAX番号： | |
| 臨床経験数 | HALS 例 | 備考） |
| 追加コメント |  | |

※参加費：50,000円（税込） / テーブル（医師2-3名・コメディカル各1-2名まで）

※宿泊費・交通費は別途ご負担頂きます。なお、お支払方法については、予約確認後に、

改めてご案内申し上げます。

※定員：全参加チームは3チームと少数での開催となっております。毎年早期に定員となっております。

※クールビズにて来場してください。

本件に関するお問い合わせ先：

**アプライドメディカル（株）クリニカル・エデュケーション・スペシャリスト ステファニー モリス**

**TEL: 090-6536－1983**[**stephanie.morris@appliedmedical.com**](mailto:stephanie.morris@appliedmedical.com)