アプライドメディカル

〒106-0047

東京都港区南麻布4-11-22

南麻布T&F ビル8 階

第1回HALSシミュレーターハンズオントレーニング申込書

●参加ご希望の先生は本申込書にご記入の上、

Applide Medical教育担当 備中：（masako.binnaka@appliedmedical.com）へご送信ください。

●同一施設から複数名お申し込みの場合もお一人様一枚ずつお申し込みください。

●申込締め切り：**２０１９年6月７日**

《 参 加 申 込 書 》

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふリがな |  | |
| 御名前 |  | |
| 御連絡先 |  | |
| E-mail |  | |
| 御施設名 |  | |
| 御所属科 |  | |
| 御住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 臨床経験数 | HALS 例 | 備考） |

※参加費：10,000円（税込）　※宿泊費・交通費は別途ご負担頂きます。

※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。

※クールビズにてご来場ください。

本件に関するお問い合わせ先：

アプライドメディカルジャパン　クリニカルエデュケーションスペシャリスト　備中雅子

TEL：080-3176-1259　 masako.binnaka@appliedmedical.com