

令和3年度 インストラクター養成 mini コース

参加申込書 (10月・11月)

施設名	
-----	--

〈参加者〉

参加希望のものに○

連絡 代表者 1名に○	(フリガナ) 氏名	メールアドレス	10/19 (火)		11/2 (火)	
			13:30- 循環③	15:15- 急変	13:30- 循環③	15:15- 急変
	()					
	()					
	()					
	()					

※10/19と11/2は同じ内容です

〈お支払いについて〉 ※私費で複数名参加の場合は、コピーして1人1枚でお申込みください

受講費支払い (いずれかに○)	私費(個人負担) ・ 公費(所属負担)
請求書宛名 (支払代表者名)	
請求書送付先	〒

※締切 令和3年9月17日(金) 必着

9月17日以降のキャンセルは出来かねますのでご了承ください。

郵送または FAX、E-mail でお申込みください。

ホームページお知らせフォームにて各コースの申し込み状況を随時更新いたします >>>



連絡先: 島根大学医学部附属病院クリニカルスキルアップセンター

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1

電話 0853(20)2551 FAX 0853(20)2601

E-mail skill-up@med.shimane-ac.jp