

「外科領域における抜本的なタスクシフティング業務実施

（特定行為研修のパッケージ化）についての説明会」

参加申込書

連絡先	
所属先	
代表者氏名	ふりがな
同行者 1	ふりがな
同行者 2	ふりがな
同行者 3	ふりがな
同行者 4	ふりがな
代表者電話番号	
代表者メールアドレス	

※ご記入いただいた個人情報は、事務局で適切に管理いたします。

当説明会に係る連絡のみにご利用し、ご承諾なく第三者に提供いたしません。

※5名以上で参加される場合など、必要に応じて参加申込書をコピーしてください。

【E-mail: info@jssoc.or.jp】

【FAX: 03-5473-8864】