

＊会場MAP＊



＊参加申し込み方法＊ 締切：2024年1月10日(水)

<QRコードの場合>

申込用QRコードを読み取り、お申し込みください



申込QRコード

<FAXの場合>

下記欄に記入いただき、FAXで送信してください

FAX番号：024-547-1669

*は必須項目

①	ふりがな * 氏名	②	* 施設名 * 所属
③	* 連絡先 (e-mail)	④	* 連絡先 (電話)
⑤	* 特定行為研修を修了した指定研修機関 a. 福島医大 b. 星病院 c. 他	⑥	エコー演習での被験者の可否 可 (胸腹部 下腹部) 否
⑦	グループワークの希望 a. 急性期 b. 慢性期/療養 c. 在宅	⑧	* 参加区分 ※2部は先着順となります 1部のみ 1部と2部両方