

平成 24 年度 HTLV-1 母子感染予防対策講習会

参加申込書

FAX : 03-3784-7410

昭和大学医学部小児科学講座 板橋 家頭夫 宛

日時:平成 24 年 11 月 4 日(日) 午後 1 時~5 時

場所:大手町サンケイプラザ(東京)

※参加費は無料ですが、会場の都合上 事前予約をお願い致します (先着 200 名)

ご所属: _____

お名前	職 種
	<input type="checkbox"/> 医師 (産婦人科 小児科/新生児科 その他) <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師 (産婦人科 小児科/新生児科 その他) <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師 (産婦人科 小児科/新生児科 その他) <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師 (産婦人科 小児科/新生児科 その他) <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医師 (産婦人科 小児科/新生児科 その他) <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他

代表者ご連絡先 TEL: _____

FAX: _____

E-mail: _____