

**FAX:03-3980-2428**

# 大正富山医薬品 船越 宛

## 第34回 北関東病院感染対策懇話会 参加申込み用紙

(本研究会は、感染防止対策加算の合同カンファレンスとして予定しています。)

開催日時：平成30年8月29日(水) 19:00-20:30

会場：ベイシア文化ホール 小ホール

所属医療機関名			
住所 〒 (        -        )			
TEL (        ) - (        ) - (        )			
FAX (        ) - (        ) - (        )			
職種欄の□にチェックを入れてください			
職種	参加者名	職種	参加者名
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
<b>準備等の都合上、8月17日(金)までに御連絡お願い致します。</b>			
＜連絡先＞			
大正富山医薬品株式会社 関東第3支店 第3ブロック 船越 寿尚			
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1 TEL: 03-3985-1133(代) FAX: 03-3980-2428			
Email: to-funakoshi@taisho.co.jp			