

第1回 医療の質・安全研修会

参加申し込み用紙 (FAX)

病院名 _____

TEL _____ FAX _____

氏名 _____ 実務経験年数 _____

氏名 _____ 実務経験年数 _____

- * 定員は50名です。
出席可能者には参加チケットを折り返しFAXいたします。
締め切り前でも定員超過の場合はFAXでのチケットの送信はありません。
よろしく願いいたします。

申込締切：平成25年3月11日（月曜日）

申し込み先：

埼玉県病院薬剤師会 事務局

FAX 048-825-2262