

【FAX送信先】

鹿児島臨床救急研究会 事務局
鹿児島市立病院 救命救急センター内
鹿野・大脇宛
099-206-5021
(送信表不要)

第10回鹿児島臨床救急研究会 参加申込書

フリガナ	
氏名	
施設・所属	
役職	
職種	医師 ・ 看護師 ・ 救急隊 その他()
参加形態	研究会(参加費 医師:4000円/看護師:2000円 救急隊:2000円/その他:2000円)
	懇親会(会費 一律3500円)
	宿泊(レインボー桜島を事務局にて手配 7日前よりキャンセル料金が発生します)
電話番号	
連絡先E-mailアドレス	
備考	

※ご記入いただいたE-mailアドレスは、鹿児島臨床救急研究会参加者専用メーリングリストに登録させていただきます。今後の会に関するお知らせ等配信します。

申込期限:8月8日(木)