

第17回人工呼吸安全セミナー 申し込み要項

下記の内容を明記の上、メールにてお申込みください。

- ご施設
- ご所属
- 職種
- 氏名
- ご連絡先（メールアドレス）

※1 連名の場合も職種等、人数分を明記してください。

※2 ご連絡先はPCからのメールに対応できるアドレスをお願いします。

申込・お問い合わせ先

市立奈良病院 臨床工学室
岩下 裕一

y-iwashita@nara-jadecom.jp