

第 7 回精神科感染制御セミナー参加お申込み用紙  
FAX (054-333-5125)

第 7 回精神科感染制御セミナー事務局：担当者 杉山 宛

お申込みは会場の都合上、280 名定員とさせていただきます。

多くの施設からご参加いただくため、複数人のお申込みは各施設 5 名様までとさせていただきます。(個々にお申込みいただきますが、多数の場合は人数調整をする可能性がありますのでご承知おきください。)

お申込み 1 週間以内に事務局よりメールまたはお電話にてご連絡させていただきます。

\*1 週間過ぎても連絡がない場合は、FAX の未着が考えられますので事務局までお問い合わせください。

■参加者氏名

---

■職種 (○をつけてください)

- ① 医師    ② 看護師    ③ 薬剤師    ④ 検査技師    ⑤ 作業療法士    ⑥ 心理士  
⑦ 精神保健福祉士    ⑧ 事務職    ⑨ その他の職種

■所属施設名：

---

■住所：

---

■電話番号：

---

■FAX 番号：

---

■メールアドレス：

---

■参加日 (○をつけてください)

- ① 両日参加    ②14 日のみ参加    ③ 15 日のみ参加

■懇親会 (○をつけてください)    ①参加する    ② 参加しない

■インフルエンザ、ノロ、結核、疥癬などで報告したいことや当日質問してみたいこと等ございましたら、ご自由にお書きください。

---

---

---

\*その他ご質問・お問い合わせ    E-mail：mh-kenkyu@i.shizuoka-pho.jp

連絡先：090-1108-0039 (事務局担当者 杉山携帯)