高知医療センター　事務局　経営企画課　井上・山﨑　宛

FAX　０８８－８３７－６７６６

第　　回　救急医療症例検討会　申込票・出席報告票

会　場　　高知医療センター

日　時　　令和　年　月　日（月）17時30分から18時30分まで

|  |  |
| --- | --- |
| 機 関 名 |  |
| 参加人数 |  |
| 代表メールアドレス |  |

参 加 者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　種（いずれかに〇） | 参加方法（いずれかに〇） |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |
|  | 救急救命士・救急隊・医師・看護師・その他 | 来場・WEB |

**〇申込票**

回答期限：　　　までにお願いします。出席されない場合は送付不要です。

**〇出席報告票**

WEB視聴された方は、症例検討会終了後、　　　　までにご提出ください。

**〇申込様式**

高知医療センターHPより「症例検討会」と検索ください。

高知医療センター ▷ 診療科・部門 ▷ センター ▷ 救命救急センター