# 第46回 鹿児島県滅菌業務研究会《事前参加登録申込書》

FAX　099-223-3754

締切日：2019年7月10日（水）

連絡先

| | |
|---|---|
| 住所 | 〒<br>TEL |
| 施設名 | |

申し込みの受理の返信は致しません。参加をお断りする場合のみ連絡させて頂きます。

※滅菌技師(士)の方は、認定Noを記入してください。

研究会参加者

| | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>氏 名 | 滅菌技師(士)<br>認定No. | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>氏 名 | 滅菌技師(士)<br>認定No. |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | | | ⑧ | | |
| ② | | | ⑨ | | |
| ③ | | | ⑩ | | |
| ④ | | | ⑪ | | |
| ⑤ | | | ⑫ | | |
| ⑥ | | | ⑬ | | |
| ⑦ | | | ⑭ | | |

※参加希望が14名を超える場合は用紙をコピーしてご使用下さい

日頃業務の中で疑問点、または講師の先生にご質問があられる方は事前に下記へご記入ください。

| |
|---|
| |

問合せ先：鹿児島滅菌業務研究会
〒890－8520
鹿児島市下桜ヶ丘8丁目35－１
鹿児島大学病院　医療器材管理部　田畑　幸子
TEL：099－275－5695