「褥瘡治療薬サミット in 群馬 2013」

FAX 申込み用紙：一人１枚

① お申込みは WEB フォーム http://bit.ly/1h8Igs2 でもお申込みできます
② FAX での申込みは本用紙で群馬県薬剤師会事務局へお申込み下さい
③ このデータを個人が特定できないようにして学会などで発表することにご同意ください（□　はい同意します）

FAX 宛先

群馬県薬剤師会　　（FAX 027-223-5308）

申込日　　月　　日　　**↓当てはまるところに☑をしてください。**

参加者氏名　　**（フリガナ）**

勤務先住所

勤務先名称　　**緊急連絡電話番号(携帯)**

連絡先メールアドレス(PC)　　**@**

□ 群馬県薬剤師会会員　□ 群馬県病院薬剤師会会員　□ 非会員　□ 学生

過去にサミットや褥瘡研修に参加されましたか　□ はい　□ いいえ

希望の上級コース　□ 症例検討　□ ポジショニング実習　□両方とも

サミット参加への意気込み

古田先生への質問

褥瘡治療で日頃困っていること