

心臓・腹部超音波検査講習会

開催日時: 令和元年11月9日(土)

申込宛先: 総合臨床教育研修センター(シミュレーション教育センター)

FAX 018-884-6457

E-mail simreserve@hos.akita-u.ac.jp 申込締切 : 10月18日(金)

氏名	フリガナ	
所属	病院名	職名
	診療科名	役職
	臨床経験年数	年
連絡先	TEL	E-mail
託児希望	有・無	※託児を希望される方は、10月18日(金)までお知らせください。 後日、担当より詳細を確認させていただきます。

総合臨床教育研修センター(シミュレーション教育センター)

TEL: 018-884-6233/6266

FAX: 018-884-6457

E-mail: simreserve@hos.akita-u.ac.jp