|  |
| --- |
| **氏名:****職種**:  医師 　 看護師　 薬剤師   その他 ( ) |
| **住所:****電話:**  |
| **Email: Email (左記以外のメールアドレス)** |
| **現在の職場・施設名** |
| **担当科・部署**  |
| **どちらの日程をご希望ですか？**　**１月１４日（月・休日）　愛知医科大****１月１２日（土）　近大** |
| **フォローアップセッションの日程を決めるうえで、平日又は週末、午前又は午後のどちらを希望されますか？****週末：　午前・午後****平日：　午前・午後** |
| **どのようにしてこのコースを知りましたか？****SimTikiからのメール　　　近大職員からのお知らせ　　　愛知医科大からのお知らせ****職場・友人から　　　　　　　学会やメーリングリストのお知らせ****その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**申込先：　愛知医科大シミュレーションセンター**

Email:　 sim-c-amu@aichi-med-u.ac.jp

**お申込み締切日：　２０１８年１２月１０日**