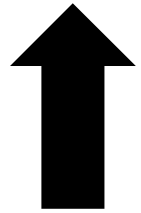


FAX 011-622-5168



担 当：札幌市保健所医療政策課 大塚、川名

申込期限：令和元年 10 月 10 日（木）

令和元年度 日本環境感染学会地域セミナー 及び札幌市院内感染対策セミナー申込用紙

施 設 情 報	施設名称			
	施設所在地			
	電話番号		FAX番号	
	担 当	所属（ ）		氏名（ ）
受 講 者 （ 複 数 名 で の 受 講 可 ）	フリガナ			
	受講者氏名			
	フリガナ			
	受講者氏名			
	フリガナ			
	受講者氏名			

【テーマに対する事前アンケート】

各テーマに関する内容で、受講される方が日頃感じている疑問点や困っていることなどありましたら、ご記入願います（※時間の都合上、全てのご質問にお答えできない場合がございます）。

○質問事項・疑問点など（テーマ名を記入してください）
