

環境感染学会参加支援申込書

NPO 法人感染制御大分ネットワーク 事務局 宛
ファックス 097-578-8258

参加応募者氏名 (ふりがな)	いずれかに○印 (発表予定 あり・なし)	
	職種	医師・看護師・薬剤師・検査技師・そのほか ()
参加応募者氏名 (ふりがな)	いずれかに○印 (発表予定 あり・なし)	
	職種	医師・看護師・薬剤師・検査技師・そのほか ()
施設名		
施設住所	〒	
連絡方法 (電話番号など)		
そのほか 連絡事項など		
登録演題の抄録の添付 (<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし)		

申し込み同意書

上記の者が、NPO 法人アイコンによる「第33回日本環境感染学会総会 参加支援」事業へ申し込みすることに同意します。

申込年月日 年 月 日

役職 _____ 署名 _____

*申し込みには施設長もしくは、感染対策責任者の署名が必要です。応募者自身が施設長や感染対策責任者の場合、署名は不要ですが、その旨を連絡事項にお書き下さい。