



## 第 8 回日本褥瘡学会関東甲信越地方会学術集会 ハンズオンセミナー参加申込用紙

\* お手数ですが、複数名ご参加の場合はコピーして使用ください。

参加希望回 ※希望する回を ○印記入してく ださい。		第 1 回 11:00~12:00
		第 2 回 14:00~15:00
ふりがな ご芳名		
勤務先		
所属・診療科		
ご連絡先	Tel:	
	E-Mail:	
ご要望	(本セミナーへのご要望などがありましたらご記入ください)	

※お申し込みの際にご記載いただいた個人情報は、本セミナー開催に関すること  
(参加登録、実施案内) のみに使用いたします。

平成 23 年 6 月 4 日 (土) 開催

V. A. C. ATS®治療システム ハンズオンセミナー

お申し込み先メールアドレス: [JP.KCI.Sales@kcij.com](mailto:JP.KCI.Sales@kcij.com)

お申し込み先 FAX 番号 : 03-3230-3823

ケーシーアイ株式会社 関東営業所 (担当: 小林/前野)

TEL : 0120-897-706