



# 第 15 回ミレニア創傷ケア研究会



## 参加申込用紙

必要事項をご記入のうえ、9月14日(金)までにお申し込みください。  
後日、申込受付のご連絡を差し上げます。

- ご勤務先 : \_\_\_\_\_
- お電話番号 : \_\_\_\_\_
- FAX / E-Mail : \_\_\_\_\_
- 代表者名 : \_\_\_\_\_

すべての項目を必ずご記入いただきますようお願いいたします。

ご芳名	職種(その他の場合は具体的な職種を記入)	担当科/所属部署	情報交換会
様	医師 ・ 看護師 ・ 企業 その他 ( )		参加 不参加
様	医師 ・ 看護師 ・ 企業 その他 ( )		参加 不参加
様	医師 ・ 看護師 ・ 企業 その他 ( )		参加 不参加
様	医師 ・ 看護師 ・ 企業 その他 ( )		参加 不参加
様	医師 ・ 看護師 ・ 企業 その他 ( )		参加 不参加
		合計	名

※参加費は 9月28日(金)までにお振込みをお願いいたします。

参加費：契約病院様：15,000 円/1 名

その他の病院・企業様：18,000 円/1 名

振込先：三菱 UFJ 銀行 日本橋中央支店 普通 0209543 株式会社ミレニアメディカル

**FAX 送信先：03-6435-2099**

E-Mail：woundcare@millennia-medical.com

株式会社ミレニアメディカル TEL 03-6435-4388