

平成 29 年 4 月吉日

施 設 長 様
看 護 部 長 様
内 視 鏡 関 係 者 様

北海道消化器内視鏡技師会
会 長 土 田 徹
実 行 委 員 長 上 野 朋 美

トレーニングコース（ハンズオンセミナー） 開催のご案内

春寒の候、貴院におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また平素より内視鏡技師会活動に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さてこの度、例年好評を頂いておりますトレーニングコース（会員限定・当日入会可）を下記により開催致します。皆様のご参加をお待ちしております。

記

日 時 平成 29 年 7 月 1 日（土）12:50～16:50（受付開始 12:30）
場 所 北海道大学 学術交流会館（札幌市北区北 8 条 5 丁目）
参加費 5000 円（予定）新入会の方は新入会費 3000 円が別途必要です。
内 容 洗浄・消毒・処置具の取り扱い・点検・高周波装置などを予定しています。
詳細が決まり次第、北海道消化器内視鏡技師会ホームページに掲載致します。
定 員 初心者を対象に 80 名（日本消化器内視鏡技師受験資格を有する職種の者）

※事前申込が必要です。

参加希望者は下記 A・B いずれかの方法で、4 月 24 日～5 月 26 日の間にお申し込み下さい。
（当日消印有効）

A【ホームページからのご応募】

PC からのみ受け付けます。携帯・スマホからは不可（ただし Gmail からの申し込みは可）。

北海道消化器内視鏡技師会ホームページにアクセスし、「トレーニングコース申込」より手続きを行ってください。

B【往復葉書でのご応募】（ひとりにつき 1 枚で申込して下さい）

題名に「トレーニングコース参加希望」

本文に①会員番号 ②氏名 ③資格（看護師など）④施設名・連絡先電話番号 ⑤内視鏡経験年数 ⑥参加したい旨 ⑦使用している高周波機器・洗浄機

※当日新入会の方は①に新入会と記してください。

上記①から⑦を往信欄に記載して、下記宛てに郵送してください。

※返信欄の宛先にはご自身の郵送先住所を記載し、本文には何も書かないでください。

〒063-0842 札幌市西区八軒 2 条西 1 丁目 1-1

イムス札幌消化器中央総合病院 上野 朋美 宛

※参加の可否については 6 月 9 日までに返信・投函を予定しています。

6 月 16 日までに参加可否の連絡がない場合は、下記担当までお問い合わせください。

お問い合わせ先：イムス札幌消化器中央総合病院 上野 朋美

電話：011-611-1391 FAX：011-641-9300 Mail：w-moon@s8.dion.ne.jp

※携帯メールアドレスにはこちらから返信出来ません。