ＦＡＸ番号　０７８－３６２－４７１３　薬務課薬務指導班　城古　行

（別紙）

平成３０年度兵庫県輸血医療従事者研修会　 出席者票・質疑項目

医療機関名：

電話　　　：

記入者所属：

　　　氏名：

〔出席者〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科名　及び　役職名 | 氏　名 | 職　種 |
|  |  | 医師 ・ 臨床検査技師 ・ 看護師薬剤師 ・ その他（　　　　　） |
|  |  | 医師 ・ 臨床検査技師 ・ 看護師薬剤師 ・ その他（　　　　　） |
|  |  | 医師 ・ 臨床検査技師 ・ 看護師薬剤師 ・ その他（　　　　　） |
|  |  | 医師 ・ 臨床検査技師 ・ 看護師薬剤師 ・ その他（　　　　　） |
|  |  | 医師 ・ 臨床検査技師 ・ 看護師薬剤師 ・ その他（　　　　　） |

|  |
| --- |
| [質疑項目] |
| [質疑内容] |