（別紙様式）

　長野県健康福祉部薬事管理課　あて（担当：佐伯）

　（FAX: 026-235-7398、E-mail: yakuji@pref.nagano.lg.jp）

機関名

担当者氏名

電話番号

ファクシミリ

電子メール

**輸血療法部会看護師専門委員会研修会　出席者報告**

（H30.12.9 13:30~　長野県赤十字血液センター　会議室）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　　属 | 職　　名 | 氏　　名 | 出　　欠  （どちらかに○） |
|  |  |  | 出　席  欠　席 |
|  |  |  | 出　席  欠　席 |
|  |  |  | 出　席  欠　席 |

　輸血療法に関して、講師に質問したいことやディスカッションしたいこと（日頃の業務の悩みなど）がありましたら、以下に記載してください。

※**平成30年11月16日（金）までに報告願います。**