

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科附属医療教育センター 宛
シミュレーションスタッフ研修会
【申込用紙】

ふりがな		職種	
氏名			
所属			
電話番号		教育/実務 経験年数	年
E-mailアドレス		性別	男・女
ご自身が普段、使用されているシミュレーター(タスクトレーナーを含む)があれば教えてください。			

※研修会にて集計するアンケートや写真については、医療教育センターの活動報告としてHPなどに掲載する場合がございますので、ご了承の上参加申込をお願い致します。



岡山大学
OKAYAMA UNIVERSITY