

「医療的ケア学校看護師研修会」

参加申込書

平成30年 月 日

参加する 研修会の日	※参加する研修会の日にちに○をつけてください。 ①平成30年8月8日～9日 () ・②平成30年8月28日～29日 ()	
ふりがな 氏名	男 ・ 女	歳
ふりがな 勤務先名		
所在地	〒 TEL FAX	
自宅住所	〒 TEL FAX	
研修所の宿泊室（1人3,565円・夕朝食なし）を希望の場合は下記に○をつけてください。		
宿泊を希望します（①8月8日、②8月28日夕からの宿泊となります）。		
質問等		

全ての質問にはお応えできない場合もありますので予めご了承ください。