

第2回 脳神経看護セミナー

参加申込書

日時：平成26年1月18日（土） 10:00～16:15

会場：公益社団法人 愛知県看護協会

御施設・所属名 _____

郵送先住所 〒 _____

(自宅・施設) _____

ご連絡先 TEL _____

FAX _____

	代表者	氏名	会員	非会員
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

*会員・非会員に○をつける。

*代表者に○をつけてください。代表者様宛にまとめて振込用紙をご郵送させていただきます。

申し込み 締め切り H25年12月20日

送信先（社会医療法人厚生会木沢記念病院 石山光枝 宛て）

FAX : 0574-26-2181