

第5回 脳神経看護セミナー

参加申込書

日時：平成28年12月3日（土） 10:00 ~ 16:15

会場：（公財）神戸市産業振興センター 会議室 901

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。2週間以上返送がない場合は、電話にてご連絡ください。

申し込み締め切り H28年11月10日（木）

送信先（徳島大学大学院医歯薬学研究部 田村綾子宛）

FAX : 088-633-9036