

第4回 脳神経看護セミナー 参加申込書

日時：平成27年12月23日（水・祝）10:00~15:45
会場：ウインクあいち 5階小ホール1

ご施設・ご所属名 _____

ご郵送先 〒 _____

_____ (自宅・施設)

ご連絡先 TEL _____ FAX _____

	代表者	ご芳名	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。 *お弁当は各自ご用意ください。

* 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 平成27年11月30日(月)

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