

第6回 脳神経看護セミナー

参加申込書

日時：平成29年12月3日(日) 10:00 ~ 16:15

会場：兵庫医科大学 西宮キャンパス 3号館4階 3-3講義室

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 | | | | |

*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。

申し込み締切 11月30日(木)

送信先 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 南川貴子宛)

FAX : 088-633-7644