

「医療的ケア学校看護師研修会」

参加申込書

平成29年 月 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（7月25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願います。