

申込期限：平成27年10月12日（月・祝） 必着

FAX 03-6834-2291(直)

宛先 日本難病看護学会 企画セミナー担当

※参加申込上の注意※

参加費は、資料・昼食の実費となっております。当日キャンセルの方には後日参加費をお振り込みいただき資料をお受け取りいただきますので、予めご了承ください。

業務都合等で止むを得ずキャンセルの場合は、10月13日（火）17時までにご連絡をいただいた方までお受けします。

日本難病看護学会企画セミナー：知の普及
「箱根で学ぶ神経難病看護」シリーズ10

(平成27年10月17日・鈴廣会館 鈴の音ホール)

◆ 申 込 用 紙 ◆

申 込 日： 平成_____年_____月_____日

日本難病看護学会 1. 会員 2. 非会員 (いずれかに○)

学会認定「難病看護師」の方 登録番号： _____
(日本難病看護学会認定「難病看護師」の方は登録番号をご記入ください)

(氏名フリガナ) (_____)

氏 名： _____

住 所： 1. 自宅
2. 所属
(自宅 または 所属 のいずれかに○をおつけいただきご住所をご記入ください)

所属機関名： _____

電 話： _____

F A X： _____
(こちらにご記入いただいた FAX 番号またはメールアドレスに受講票を送らせていただきます)

Email アドレス： _____
(こちらにご記入いただいた FAX 番号またはメールアドレスに受講票を送らせていただきます)

職 種： _____ (難病領域 経験 _____ 年)
(例. 看護師 など)

病院見学： 希望あり 希望無し (いずれかにチェックをお願いします)

以上