

- この用紙は保存用です。コピーしてお使いください ●P.6～8に掲載の研修会にのみ使用できます ●支部主催研修会には使用できません
- 1枚につき、1つの研修会、4名まで申し込みできます(5名以上の場合は必要な枚数を追加してください)

お申し込み結果を返信先 FAX 番号にご連絡します

返信先宛名 (必ず記入してください)

返信先 FAX 番号 (必ず記入してください)

研修会場が FAX 申込先となります。会場名に○印をつけて、FAX 送信してください

1. 東京研修会場 FAX : 03-5796-7034 2. 京都研修センター FAX : 075-229-6771 3. ネット九州(福岡) FAX : 092-791-6561

研修会名 (略さずに記入)

研修会日程 月 日 ~ 月 日

所属支部名 () 支部 所属施設名 ()

1	フリガナ	会員	1. 会員 (No.) 2. 入会手続中 3. 非会員
	氏名	職位	1. 管理職 (部長・副部長・師長・主任) 2. 一般職
		職種	1. 看護師 2. 准看護師 3. その他 ()
		実務経験	精神科 年 その他の診療科 年
2	フリガナ	会員	1. 会員 (No.) 2. 入会手続中 3. 非会員
	氏名	職位	1. 管理職 (部長・副部長・師長・主任) 2. 一般職
		職種	1. 看護師 2. 准看護師 3. その他 ()
		実務経験	精神科 年 その他の診療科 年
3	フリガナ	会員	1. 会員 (No.) 2. 入会手続中 3. 非会員
	氏名	職位	1. 管理職 (部長・副部長・師長・主任) 2. 一般職
		職種	1. 看護師 2. 准看護師 3. その他 ()
		実務経験	精神科 年 その他の診療科 年
4	フリガナ	会員	1. 会員 (No.) 2. 入会手続中 3. 非会員
	氏名	職位	1. 管理職 (部長・副部長・師長・主任) 2. 一般職
		職種	1. 看護師 2. 准看護師 3. その他 ()
		実務経験	精神科 年 その他の診療科 年

プログラム送付先住所 (自宅・施設) ←どちらかに○印を
〒

宛名 (申し込み者の代表)

電話番号 - - (自宅・携帯・施設) ←いずれかに○印を

キャンセル待ち (定員数を超過していた場合、キャンセル待ちを希望するか否か、どちらかに○印を) 希望する・希望しない

その他 (部分受講をご希望の場合は、受講希望日程を記入してください)

お申し込み結果

受講承認されました キャンセル待ちになりました (キャンセルが出た場合のみご連絡します)

締め切らせていただきました。次の機会のお申し込みをお待ちしています

※受講承認された方には、研修会開催 1~2 か月前にインフォメーションと振込用紙をお送りします