第2回　脳神経看護セミナー

参加申込書

日時：平成26年1月18日（土）　10:00～16:15

会場：公益社団法人　愛知県看護協会

　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 |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

＊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。　　　　　申し込み　締め切り　H25年12月20日

送信先（社会医療法人厚生会木沢記念病院　石山光枝　宛て）

FAX：0574-26-2181