**第４回　脳神経看護セミナー**

**参加申込書**

日時：平成27年12月23日（水・祝）10：00～15：45

会場：ウインクあいち ５階小ホール１

ご施設・ご所属名

ご郵送先　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅・施設）

ご連絡先TEL 　 FAX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 代表者 | ご芳名 | 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。　**＊お弁当は各自ご用意ください。**

＊ 代表者に〇をつけてください。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。

申し込み締め切り　平成27年11月30日（月）

送信先（徳島大学大学院医歯薬学研究部　田村綾子宛）

**FAX：０８８－６３３－９０３６**