第6回　脳神経看護セミナー

参加申込書

日時：平成29年12月3日（日）　10：00　～　16：15

会場：兵庫医科大学　西宮キャンパス　3号館4階　3-3講義室

　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 |  |  |  |  |

＊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。2週間以上返送がない場合は、電話にてご連絡ください。

申し込み締切　　　　11月30日(木)

送信先（徳島大学大学院医歯薬学研究部　南川貴子宛）

**FAX：088-633-7644**