

FAX 送信先	産業医科大学 産業・地域看護学講座
FAX 番号	093-692-0259

受付番号	
受付日	

第4回 産業看護実務研修 申込票

氏名		卒業時期	年卒
勤務先 (所属)			
連絡先住所 (勤務先・連絡先) *いずれかに○	〒 電話 () FAX () e-mail		
◎領収書	要(参加費のみ・参加費と懇親会) ・ 不要		
◎弁当	要(2日間分1500円を当日徴収します) ・ 不要		
◎懇親会参加	参加 ・ 不参加	◎宿泊希望	有 ・ 無
参加費振込み方法	振込予定日 平成 年 月 日 振込元金融機関名 銀行・郵便局 本・支店 払込人名 (参加者以外の名前で振込む場合)		

申込方法

①申込票に必要事項を記入し、事務局へ期日までにFAXまたはメール添付でお送り下さい。

*メールアドレス horikawa@health.uoeh-u.ac.jp

②事務局より、受付No. を返信します (FAXでお申込の方はFAXで、メールの方はメールでご連絡します)。*受付No. の連絡がない場合は定員による受付終了とご判断ください。

③受付No. を確認した後、受講料6000円を納入期限までに入金してください。

*期日までに入金が無ければ、無効となります。