**産業看護実務研修　　申込票（楷書体ではっきりとご記入ください）**

**ＦＡＸ番号　093-692-0259　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付Ｎｏ．**

**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**

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業年

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

◎領収書の要不要　　　　　　要（参加費のみ　・　参加費と懇親会）　　　・　　不要

◎弁当の要不要（２日間分１５００円を当日徴収します）　　要　　　・　　不要

◎懇親会参加の有無　　　　参加　　・　　不参加

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り込む場合）

（振込先：　西日本シティ銀行　産業医大出張所　　普通　3017900　学校法人　産業医科大学）