２０１９年度准看協研修会　FAX申込書

****

**ＦＡＸ送信先 ⇒０３－５２３２－３３０９　准看協事務局　行**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み研修会 | 申込みされる研修の（　）内に〇をご記入ください。（　　）2019.08.09　\_秋田県　　（　　）2019.11.30　＿東京都（　　）2019.12.20　\_石川県　　（　　）2020.02.12　＿大分県 |
| ふりがな所属名 |  |
| 連絡先 | □所属先住所　　□自宅住所〒　　　　　－ | 電話番号 |
| □所属先　□携帯電話 |
| **※お申込後の「受講承認通知」等ご連絡は、下記アドレスに送信します。必ずご記入ください。****※会員の方は、登録アドレスに送信となります。****返信先Ｅ－ｍａｉｌ** |
| ※複数選択可加入団体 | □日本医師会　□日本病院会　　□全日本病院協会　□日本医療法人協会□日本精神科病院協会　□日本慢性期医療協会　□全国老人保健施設協会□日本看護協会　□日本精神科看護協会　□不明　□その他（　　　　　）　□無 |
| 受講申込者 | ふりがな氏　名 | 加入有無 | 職　種**※非会員記入必須** | 生年月日**※非会員記入必須** | 希望返信先**※非会員記入必須** |
|  |  | □会員No　　　　　□非会員 |  | 西暦　　　年　 月　 日生 | □上記アドレス□別アドレス |
| ※上記と異なる先に返信先を希望される方は、こちらに必ずご記入ください。返信先Ｅ－ｍａｉｌ |
|  |  | □会員No　　　　　□非会員 |  | 西暦　　　年　 月　 日生 | □上記アドレス□別アドレス |
| ※上記と異なる先に返信先を希望される方は、こちらに必ずご記入ください。返信先Ｅ－ｍａｉｌ |
|  |  | □会員No　　　　　□非会員 |  | 西暦　　　年　 月　 日生 | □上記アドレス□別アドレス |
| ※上記と異なる先に返信先を希望される方は、こちらに必ずご記入ください。返信先Ｅ－ｍａｉｌ |

【お願い事項】

※申込書は、すべての記入が必須となります。該当に☑、楷書ではっきりとお書きください。

※お申込み後、キャンセル・変更等が生じた場合は、速やかに事務局へご連絡をお願いします。

※当会からのご案内は、すべてメールでご連絡差し上げます。アドレス未記入や誤っている場合、未受信の原因と

なりますので間違えず・丁寧にご記入ください。

**注：受講申込後に「受講申込完了通知」、その翌日以降に「受講承認通知」が自動配信されます。**

**お申込みから7日以上経過しても受信メールが確認できない場合は、事務局にご連絡ください。**

**＜お問合せ先＞**

**一般社団法人日本准看護師連絡協議会　ＴＥＬ：０３―６４３５―０６４７**