平成 29 年度日本准看護師連絡協議会研修会申込書

ＦＡＸ ⇒０３－５２３２－３３０９　メール ⇒office@junkankyo.com

※会員の方は、Ａのみ記入。一般（非会員）の方は、Ａ・Ｂの両方をご記入ください。

A	受講申込み研修会	※希望の研修Ｎｏにチェックを入れてください。 ※同時に 2 つ以上の研修会も申込み可（複数選択可） □Ｈ２９－１（岡山県 6/22）　□Ｈ２９－２（福岡県 7/19）　□Ｈ２９－３（宮城県 8/24） □Ｈ２９－４（東京都 9/25）　□Ｈ２９－５（愛知県 10/27）　□Ｈ２９－６（広島県 11/16） □Ｈ２９－７（東京都 12/14）□Ｈ２９－８（福岡県 1/17）　□Ｈ２９－９（沖縄県 2/7）
	加入有無	□正会員（会員番号：Ｓ－　　）□賛助会員・個人（会員番号：Ｋ－　　） □学生会員（会員番号：Ｇ－　　）□非会員
	受講者	ふりがな 氏名 ※正会員の方でポイント利用でのお申込みは下記を必ずチェックしてください。 **□ポイント利用で無料申込み**
	ふりがな 施設名	※学生の場合、勤務先があれば施設名を右記（　）内に記入（　　）

B	職　種	※該当する□にチェック、（　）内は記載する □看護師　□准看護師　□医師　□その他（　　） □看護学生（□准看 2 年課程（　　）年生　・　□看護（　　）年課程（　　）年生）
	生年月日	西暦　　年　　月　　日生
	※チェックした住所を右記 連絡先 □施設 □学校 □自宅	〒　　－ 都道 府県 E-mail TEL　　FAX
	加入団体	※ 複数選択可 □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

【お願い事項】

※申込書は、すべてご記入ください。空白がないことを確認してお申込みください。

※1 枚の申込書で、1 名のお申込みとなります（複数名申込み不可）。

※受講申込者氏名は、楷書ではっきりとお書きください。

※メールアドレスは必ず記入ください。申込みに関する通知はすべてメールでご連絡差し上げます。未記入やアドレスが誤っている場合、通知が届かない原因となりますので間違えず・丁寧にご記入ください。

※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。

注：受講申込みが完了したら、登録いただいたアドレス宛に「受講申込完了通知」を送付します。
このメールは受講決定通知ではありません。申込締切後に、「受講承認通知」又は「受講不承認通知」のいずれかが届きますのでそちらでご確認をお願いいたします。

＜お問合せ先＞日本准看護師連絡協議会　ＴＥＬ：０３―６４３５―０６４７