

# 平成 30 年度一般社団法人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両方をご記入ください。

A	受講申込み研修会	開催地	受講希望される県の（ ）内にご記入ください。 ・ H30. 7/28 群馬県（ ） ・ H30. 11/15 新潟県（ ） ※ ・ H31. 1/29 大阪府（ ） ・ H31. 2/6 熊本県（ ） ※	
		受講区分	※新潟県と熊本県の受講者は、希望する受講区分を○で囲んでください。 1日受講 ・ 部分受講（ 午前のみ ・ 午後のみ ）	
	加入有無	<input type="checkbox"/> 正会員（会員番号：S- ） <input type="checkbox"/> 賛助会員・個人（会員番号：K- ） <input type="checkbox"/> 学生会員（会員番号：G- ） <input type="checkbox"/> 非会員		
	ふりがな受講者	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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 看護学生（ <input type="checkbox"/> 准看2年課程（ ）年生 ・ <input type="checkbox"/> 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	〒	—	都道 府県
	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅	E-mail	TEL	FAX
※複数選択可 加入団体	<input type="checkbox"/> 日本医師会 <input type="checkbox"/> 日本病院会 <input type="checkbox"/> 全日本病院協会 <input type="checkbox"/> 日本医療法人協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科病院協会 <input type="checkbox"/> 日本慢性期医療協会 <input type="checkbox"/> 全国老人保健施設協会 <input type="checkbox"/> 日本看護協会 <input type="checkbox"/> 日本精神科看護協会 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 無			

## 【お願い事項】

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

※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。

お申込後7日以上経過してもメールが受信されない場合は、お手数ですが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