



# 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○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	<input type="checkbox"/> 所属先住所 <input type="checkbox"/> 自宅住所 〒            -			電話番号		
				<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 携帯電話		
<p style="color: red;">※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。</p> <p>返信先 E-mail</p>						
※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					
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
	①		<input type="checkbox"/> 会員 No _____ <input type="checkbox"/> 非会員		西暦      年 月      日生	<input type="checkbox"/> 上記アドレス <input type="checkbox"/> 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					
	②		<input type="checkbox"/> 会員 No _____ <input type="checkbox"/> 非会員		西暦      年 月      日生	<input type="checkbox"/> 上記アドレス <input type="checkbox"/> 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						
③		<input type="checkbox"/> 会員 No _____ <input type="checkbox"/> 非会員		西暦      年 月      日生	<input type="checkbox"/> 上記アドレス <input type="checkbox"/> 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