

FAX:072 - 335 - 2005

阪南中央病院・看護部宛

申込日:H 年 月 日

ナイチンゲールKOMIケア学会  
第8回学術集会・参加申込書(FAX・郵送用)

◆事前参加申込締切:H29年5月31日(水)

◆参加費支払い締切:H29年6月7日(水)

フリガナ 氏名	生年月日	19 年 月 日	
	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
会員種別	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 非会員(学生)		
会員番号	723- -		
送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
勤務先名	職種:		
勤務先	〒		
	住所:		
	TEL:	(内線 )	
	E-mail:		
自宅	〒		
	住所:		
	TEL:		
	E-mail:		
※整理番号		※適用	
※申込受付日	H 年 月 日		

◆参加申込はお手数ですが、お一人様1枚の用紙にご記入下さい(コピー可)

お問合せ先 阪南中央病院看護部・代表:石川恵子  
送付先住所 〒580-0023 大阪府松原市南新町3-3-28  
FAX代表 072 - 335 - 2005  
E-mail kango@hannan-chuo-hsp.or.jp