

日精看研修会申込用紙 (コピーしてお使い下さい)

東京研修会場

FAX 03-5796-7034

京都研修センター

FAX 075-229-6771

返信宛名 (必ず記入して下さい)	返信FAX (必ず記入して下さい)
------------------	-------------------

* 1枚につき、1つの研修会、1名でお申し込みをお願いします。

①	研修会名 (略さずに記入)
	日 程 月 日 ~ 月 日
②	ふりがな
	氏 名
③	会員 (No _____) ・ 入会手続き中 ・ 非会員
④	支部名 _____ 施設名 _____
⑤	プログラム送付先住所 (施設 ・ 自宅) ←どちらかを○で囲んでください 〒 _____
	電話番号 : (自宅・携帯・施設) _____
	メールアドレス _____ @ _____
⑥	参加動機 1.精神科認定看護師を目指している 2.自己学習 3.職務命令 4.実習指導者を目指している 5.その他 _____
⑦	職位/職名 _____
⑧	実務経験 精神科 _____ 年、その他 _____ 年
⑨	その他 _____

【お申し込み結果】

- 受講承認されました。後日、ご案内を送付いたします
- 締め切らせていただきました。次の機会によろしくお願いいたします

◎お申し込み結果を返信先FAX番号にご連絡します。なお、返信先FAX番号・宛名の記載のないものは無効扱いとなります。また、研修会は定員に達した時点で受付を終了しますので、あらかじめご了承ください。

特例社団法人日本精神科看護技術協会

◆東京研修会場

〒108-0075

東京都港区港南2-12-33品川キャナルビル7F

TEL : 03-5796-7033 FAX : 03-5796-7034

◆京都研修センター

〒604-8166

京都府京都市中京区三条通烏丸西入御倉町85-1烏丸ビル8F

TEL : 075-229-6770 FAX:075-229-6771