

- この用紙は保存用です。コピーしてお使いください
- P.13～29に掲載の研修会にのみ使用できます
- ただし、所属支部主催研修会には使用できません
- 1枚につき、1つの研修会、1名で、お申し込みください

お申し込み結果を返信先 FAX 番号にご連絡します

返信先宛名 (必ず記入してください)

返信先 FAX 番号 (必ず記入してください)

研修会を主催する支部によって FAX 申込先が変わります

本冊子 P12 で FAX 申込先をご確認のうえ、1 か 2 か 3 に ○ 印をつけて、FAX 送信してください

1. 支部コード 01-17 の支部主催研修会 FAX 送信先：03-5796-7034 (日精看事務局)
2. 支部コード 18-39 の支部主催研修会 FAX 送信先：075-229-6771 (日精看京都研修センター)
3. 支部コード 40-47 の支部主催研修会 FAX 送信先：092-791-6561 (日精看ネット九州)

主催支部 () 支部 研修会名 ()

研修会日程 月 日 ~ 月 日

あなたの所属 () 支部 施設名 ()

ふりがな

氏名

1. 会員 (No.)
 2. 入会手続中 3. 非会員

プログラム送付先住所 (自宅・施設) ←どちらかに○印を

〒 | 宛名
 |
 |
 |

電話番号 - - (自宅・携帯・施設) ←いずれかに○印を

職位 1. 管理職 (部長・副部长・師長・主任) 2. 一般職

職種 1. 看護師 2. 准看護師 3. その他 ()

実務経験 精神科 年 その他の診療科 年

キャンセル待ち (定員数を超過していた場合、キャンセル待ちを希望するか否か、どちらかに○印を) 希望する・希望しない

その他 (部分受講をご希望の場合は、受講希望日程を記入してください)

お申し込み結果

- 受講承認されました キャンセル待ちになりました (キャンセルが出た場合のみご連絡します)
 締め切らせていただきました。次の機会のお申し込みをお待ちしています