

平成 29 年度 長崎県看護協会研修会〔通配信研修申込書〕

FAX 0957-49-8059

※FAX のみの申込みとなります。

研修No.	60	開催期日時	平成 30 年 1 月 27 日(土) 13時30分～16 時
研修名	患者・家族へのインフォームドコンセント～高齢患者と家族を支えるために～		

◇受講会場◇ 希望の会場に○をお付け下さい。

※受講料は会員価格を表記していま

す。

配信会場	ながさき看護センター（諫早市） 2,000 円			
受信会場	(下五島支部)1,000 円 長崎県五島中央病院	(上五島支部) 1,000 円 長崎県上五島病院	(壱岐支部) 1,000 円 長崎県壱岐病院	(対馬支部) 1,000 円 長崎県対馬病院

No.	長崎県会員番号(6桁) ※非会員の方は番号欄に「非会員」と記入下さい。	(ふりがな) 氏 名	職 種 ※必須
1		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
2		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
3		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
4		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
5		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
6		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()
7		(ふりがな)	保・助・看・准 その他()

◇受講料振込届◇

※受講料を振込後にお申込みください。

※やむを得ず振込みが後日になる場合は、振込次第「受講料振込完了届」(P.38)を FAX 下さい。

振込名義人	法人名などは登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。		
振込月日	年	月	日
受講料	会 員	円×	人分= 円
	非会員	円×	人分= 円
	合計		円
〔振込先〕			
十八銀行 桜町支店(普)639936 公益社団法人 長崎県看護協会 会 長 副島 都志子			

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	