

*開催日時を選択し○印をつけてください。

1 回目	2 回目	3 回目
3 月 28 日(水)	3 月 30 日(金)	4 月 12 日(木)

No.	長崎県会員番号(6桁) <small>※非会員の方は番号欄に「非会員」と記入下さい。</small>						(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()	
8						(ふりがな)	保・助・看・准 その他()	
9						(ふりがな)	保・助・看・准 その他()	
10						(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」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	5,400円×	人分=	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	
	非会員	7,560円×	人分=	円		
	合計					

◇ 申込責任者 ◇

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