**研修会参加申込書**

**研修会名：**

**勤務先：**

　　　　**勤務先住所：〒**

**ＴＥＬ：**

 　　　 **代表者名：**

＊会員、非会員の該当するところに○印をお付け下さい。

＊参加者には後日参加費についての文書を郵送しますので、その後入金をお願いします。

＊複数名でお申込みされる場合は代表者宛に文書を郵送しますので、必ずご記入ください。

＊受講者用の駐車場はありませんので、周辺の有料駐車場をご利用ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　名 | 会　員 | 非会員 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

|  |
| --- |
| **【申込先】****長崎県看護協会県北支部　事務所****ＦＡＸ　０９５６－２４―９９１３** |