公立大学法人新潟県立看護大学 看護研究交流センター宛

**どこでもカレッジ公開講座　申込用紙**

TEL/FAX番号　０２５-５２６-２８２２

申込日　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 講座開催日  講座名  ※申込期間を  ご確認ください | 平成　　年　　月　　　日　テーマ： |
| 平成　　年　　月　　　日　テーマ： |
| 平成　　年　　月　　　日　テーマ： |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 勤務先 |  |
| 職　種 |  |
| 連絡先  電話番号 | ＜　自宅　・　勤務先　＞　＊どちらかに〇をつけてください。  （電話）  （携帯）  　　※　確実にご本人様に連絡が付く番号をお書きください。 |
| ※有料の講座にお申し込みの方のみ、下記についてご記入ください。 | |
| 連絡先住所 | ＜　自宅　・　勤務先　＞　＊どちらかに〇をつけてください。  〒　　　　－ |

〇有料の講座へお申込みされた場合、ご記入いただいた住所に、参加費の振込方法のご案内を送付いたします。

〇申込用紙に記載された個人情報は、公開講座等の事業のみに利用し、目的以外には利用致しません。