　看護職学習支援公開講座 申込用紙

TEL/FAX番号　**０２５-５２６-２８２２**

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日 | 講座名 |
|  |  |
|  |  |

申込日　　　　年　　　　月　　　　日

　※各講座の申込期間をご確認ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな |
|  |
| 勤務先 |  |
| 職　種 |  |
| 連絡先  電話番号 | (　職場・自宅　)＊どちらかに〇  (　携帯　) |
| 連絡先住所  ＊有料講座へ  お申し込みの  方のみ記入 | (　職場・自宅　)＊どちらかに〇  **この欄は記入不要です**  〒　　　　　　-  ※有料の講座にお申し込みの場合、「**参加費振り込み等についてのご案内**」をお送りします。 |

　※有料講座は参加費を事前にお振り込み頂きます。入金を確認した時点で本受付とします。