

看護職学習支援公開講座 申込用紙

TEL/FAX 番号 0 2 5 - 5 2 6 - 2 8 2 2

申込日 年 月 日

開催日	講座名

※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○ (携帯)
連絡先住所	(職場・自宅) *どちらかに○

この欄は記入不要です

*有料講座へお申し込みの方のみ記入

※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。