大阪府看護協会

平成 29 年度 研 修 申 込 書

協会記入欄▼

◎ 記入上の注意
各欄の該当するところに✔印または○印をつけてください。
会員番号は正確にお書きください。申込書は参加者本人が記入し、必ず原本をお送りください。

コース番号	コース名※1 申込書／1 コース	□大阪府看護協会会員番号		
No.409	大阪府助産師会・大阪府看護協会助産師職能委員会 共同開催 実践に活かせる産後のケア		□助産師 □看護師	実務経験年数 年
		□大阪府助産師会会員番号		
		□非会員		

ふりがな		年 齢	
氏 名		歳	
ふりがな		施設No.	病床数
施 設 名			床
施 設 住 所 電 話 番 号	〒 － TEL ( ) FAX ( )		
個人会員 自宅住所 電話番号	〒 － TEL ( ) FAX ( )		

個人情報の取扱い：本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

【申込みについて】

■上記申込書に必要事項を記入の上、返信用封筒（長 3 号サイズ・宛先明記・82 円切手貼付）を同封して期間内に申し込んでください。〒536-0014 大阪市城東区鴫野西 2-5-25 総務部総務係 有末 宛

■返信用封筒は 1 人につき 1 枚必要です。

■受付締め切り後、返信用封筒にて受講決定通知と受講料払込み用紙を送付いたします。