



さわやか

セミナー申込書

下記をご記入の上、FAXしてください。(受付は定員になり次第終了とさせていただきますので予めご了承ください)

参加希望 セミナー名			
開催日時	年 月 日	開催地	

病院名			病棟	
参加者① (申込代表者)	ふりがな	参加者④	ふりがな	
参加者②	ふりがな	参加者⑤	ふりがな	
参加者③	ふりがな	参加者⑥	ふりがな	
送付先住所 (勤務先・自宅)	〒			
電話番号 (勤務先・自宅)				
FAX番号 (勤務先・自宅)				
携帯電話 (代表者)				
メールアドレス (勤務先・自宅)				

※ 勤務先・自宅はどちらかに○をしてください。

※ 入金のご案内、受講票などは、まとめて代表者の方に送らせていただきます。

宛先 さわやかナースセミナー事務局

FAX番号 084-959-4735