

- FAXで送信後、申込完了となります。
- 定員に達した場合には、参加をお断りする方のみご連絡いたします。
- 申込書にご記載の情報は、本セミナーの受付管理の目的にのみ使用させていただきます。

FAX お申込書

FAX 029-888-9285

勤務先<必須>

連絡先<必須> ※ 勤務先

電話番号

〒

住所

FAX番号

参加希望者 <<ふりがなも含めてすべて記載してください>>

参加者名 (ふりがな)	病棟名 (所属名) / 役職	ご職業 (該当に○をしてください)
<<代表者>> (ふりがな) ()		医師・看護師・薬剤師・理学療法士・ 作業療法士・栄養士・ケアマネジャー その他()
()		医師・看護師・薬剤師・理学療法士・ 作業療法士・栄養士・ケアマネジャー その他()
()		医師・看護師・薬剤師・理学療法士・ 作業療法士・栄養士・ケアマネジャー その他()
()		医師・看護師・薬剤師・理学療法士・ 作業療法士・栄養士・ケアマネジャー その他()
()		医師・看護師・薬剤師・理学療法士・ 作業療法士・栄養士・ケアマネジャー その他()
()		医師・看護師・薬剤師・理学療法士・ 作業療法士・栄養士・ケアマネジャー その他()

MAP・アクセス

つくば国際会議場

茨城県つくば市竹園 2-20-3
 TEL 029-861-0001

お車でお越しの際は、お近くの有料駐車場をご利用ください

1日駐車券を当日販売いたします

お問い合わせ先

担当世話人 砂原 みどり

茨城県立医療大学付属病院 看護部
 〒300-0331 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4733
 FAX 029-888-9285

申し込み締め切り: 2018年11月30日(金)

