

株式会社 へるす出版 販売宣伝部 行

受付日: 月 日

受付No:

FAX:03-3384-8049

スキルアップセミナー

受講申込書

記入日: 年 月 日

小児看護CNSから学ぶ・重症心身障害児(者)と家族の看護

開催日 2019年2月24日(日) **申込締切日** 2019年1月21日(月) 一施設2名以上での同時参加 (一施設2名以上での同時参加申込の場合、参加者1名につき14,000円となります。)
※一施設2名以上での参加をされる場合は必ず✓を入れてください。

受講者名 氏名	ふりがな
	氏名
※氏名は、セミナー終了後の「修了証」へ記載いたします。活字体ではっきりとご記入ください。	

受講証 送付先 住所 (□勤務先) (□自宅)	〒 - 都道 府県
	TEL: FAX:
勤務先の名称	※自宅の場合は不要
個人のEメール	@ ※活字体で一文字一文字はっきりご記入ください。

※修了証発行等の確認のためにご連絡をする場合がございます。お電話番号、メールアドレスは必ずご記入ください。

※同一施設で2人以上参加される場合、本用紙をコピーするか、ホームページから書式(PDF)をダウンロードしてご使用ください。

※上記の個人情報については、適正に処理し、本セミナー以外の目的には使用いたしません。 ※受講するご本人様が正確にご記入ください。

受講料振込先

りそな銀行 中野支店 普通 口座番号 1736011
口座名 株式会社へるす出版備考欄
※記入不要