

【プライマリ緩和ケア研修会 I】(9月22日)

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先: プライマリ緩和ケア研修会;

+プライマリ・ケア認定薬剤師短期集中研修会事務局

申込月日	平成	年	月	日 ()	下記の当てはまる□に✓を入れてください	
会 員	日本プライマリ・ケア連合学会			□会員(会員番号) □非会員		
フリガナ				2013. 09. 22.		
氏 名				看護師専用申込書		
所 属	施設名称					所属
	郵便番号	〒	—			
	住 所					
	電話番号	—	—	FAX 番号	—	—
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。						
自 宅	郵便番号	〒	—			
	住 所					
	電話番号	—	—	FAX 番号	—	—
通 信 欄						
事 務 局 記 入 欄	受 付	月	日			
	受講案内郵送	月	日			
	受講料納入	月	日			
	受講票送付	月	日			
	キャンセル	月	日			
(備考)						

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。