

全日本病院協会埼玉県支部 病院看護師のための認知症対応力向上研修

参加申込書

※ 個人情報の収集利用提供目的について
提供頂いた個人情報は、病院看護師のための認知症対応力向上研修に対し利用するものであり、他の目的で使用する事はありません。終了後は責任を持って破棄します。

個人情報の取り扱いに関して、上記事項を 同意します 同意しません(いずれかに)

申込期限 平成 29 年 6 月 5 日(月)まで

申込年月日 平成 年 月 日

ふりがな	
参加者氏名	

ふりがな		
所属施設名		
所在地	〒	
役職		
連絡先	部署	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	

※ 参加申込書に関する送付先・問い合わせ先 ※

AMGキャリアサポートセンター

TEL:048-773-8111/FAX:048-773-5880

E-mail:k-center@achs.jp

- ◆ 一施設より複数名お申込下さる場合には、本紙をコピーしてご利用ください。
- ◆ 受付受理後に「確認書・参加費お振込のご案内」をFAXでお送りいたします。
送付された案内をご確認の上、参加費を指定期日までにお振込ください。
- ◆ 昼食はこちらでご用意します。
- ◆ 応募多数の場合、定員になり次第、申込期間最終日を待たずに研修受入れを締め切りとさせていただきます場合がございますので、ご了承くださいませようお願いいたします。