

小倉記念病院看護部地域セミナー申込書

必要事項をご記入の上、FAXでお申込み下さい

申込日	月	日
-----	---	---

参加希望セミナー	
セミナー開催日	月 日

参加希望セミナー名と開催日を必ずご記入下さい

施設名	
住所	
TEL	
お申込 代表者氏名	
お申込み合計人数	

参加者氏名	
1	
2	
3	
4	
5	

1施設5名まででお願いします

申込先 FAX 093-511-3252
お問い合わせ TEL 093-511-2058 (セミナー事務局：久保地)