

平成28年度認定看護師フォローアップセミナー申込書

平成 年 月 日

青森県立保健大学
地域連携・国際センター長 殿

参加を希望される場合は、下記にご記入の上、FAXでお申し込みください。

ふりがな 氏名	
勤務先	
勤務先住所	〒 _____ Tel _____ Fax _____
救急分野 修了年度	平成 年度
備考	

セミナー終了後、懇親会の開催を予定しております。
参加人数の把握のため、お手数ですが出欠に○をお願いいたします。
※懇親会の会費は当日に懇親会会場でお支払いください。
【時間】17時～18時開始予定 【場所】青森駅周辺（予定）
【会費】4000～5000円

懇親会出欠	参加 ・ 不参加
-------	--

申込締切：平成29年3月14日（火）

F A X : 0 1 7 - 7 6 5 - 2 0 2 1

（担当：地域連携推進課 佐藤 TEL：017-765-4085）