

平成20年度衛星通信研修 専用申込書				
日時: 月 日		テーマ:		
施設名:		担当者:		申込用紙NO.
TEL:() -				
NO	参加者氏名	職種	会員	非会員
1		保・助・看・准		
2		保・助・看・准		
3		保・助・看・准		
4		保・助・看・准		
5		保・助・看・准		
6		保・助・看・准		
7		保・助・看・准		
8		保・助・看・准		
9		保・助・看・准		
10		保・助・看・准		
人数			人	人
小計			円	円
合計金額			円	
申込とともに受講料をお振込ください(または看護協会にご持参ください) 申込後の取り消しは原則としてできませんのでご了承願います。 2日間の研修の場合は両日受講できる方に限ります。			振込	持参
			平成	年
			月	日

申込書送付先

福井県看護協会
 〒910-0843 福井市西開発3丁目306
 電話 0776-54-7103
 FAX 0776-54-8474
 福井銀行高木支店 普通預金 NO 1149283
 「社団法人 福井県看護協会」

受講料振込先