

平成 29 年度・KOMI ケアセミナー
基礎理論編 : 参加申込書

フリガナ 氏名：	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 手続予定
	送付先： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属施設
生年月日： 年 月 日 (歳)	性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受講希望日： <input type="checkbox"/> 10月21日(土) <input type="checkbox"/> 11月18日(土) <input type="checkbox"/> 12月16日(土) <input type="checkbox"/> 10月22日(日) <input type="checkbox"/> 11月19日(日) <input type="checkbox"/> 12月17日(日)	
自宅住所：(フリガナも書いてください) 〒	
TEL： ()	FAX： ()
所属施設名：	
施設住所：〒	
保有資格： <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 福祉職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
TEL： ()	FAX： ()
E-Mail：	

[送付先]のチェックが入っている住所に振込用紙を送付いたしますので、下記申込先に必要事項を記入の上、「KOMI ケアセミナー・参加申込書」を郵送、または FAX (下記参照) あるいはメールにて送信して下さい。

*メールアドレスが変更になりましたので、ご確認下さい！

申 込 先：ナイチンゲール KOMI ケア学会
〒162-0041 東京都新宿区早稲田鶴巻町 514

E-Mail：komihonb@dune.ocn.ne.jp

FAX : 03 - 3203 - 5217