

固定チームナーシング研究集会 第20回鳥取地方会 参加申込書

施設名

申込代表者氏名

連絡先住所

TEL

FAX

	氏名	弁当注文	備考		氏名	弁当注文	備考
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

○ 備考欄には、発表者、役員(運営委員・協力員)等のご記入をお願いします。

○ 当日参加も受け付けます。

○ 弁当を希望される方は、所定欄にご記入ください。

代金800円は、当日受付時にお支払いください。

○ 申込締切 平成29年5月10日(木)

○ 申込先：〒680-8501 鳥取市的場1丁目1番地

鳥取市立病院 看護局 藪内きみの

TEL(0857)37-1522(代)

FAX(0857)37-1553

* 参加費は、事前に口座振り込みです。

参加人数と合計金額を下記に記載してください。

参加費 ()人

合計金額()円 ()月()日振り込みました。