

看護管理者支援プロジェクト
FAX 用申込用紙

研修名：

開催日：

受講料支払者（いずれかに○をつけてください）：

- ・施設
- ・個人（複数可；ただし同一施設）

申込者（支払責任者）

申込者（フリガナ）

施設名：

部署：

役職：

郵送先（勤務先の場合は、部署までご記入ください。）：

メールアドレス（パソコンのメールを受信できるアドレス）：

電話：

Fax：

参加者数：

参加者の氏名・所属・役職（支払責任者が参加される場合は、もう一度ご記入ください。）：