

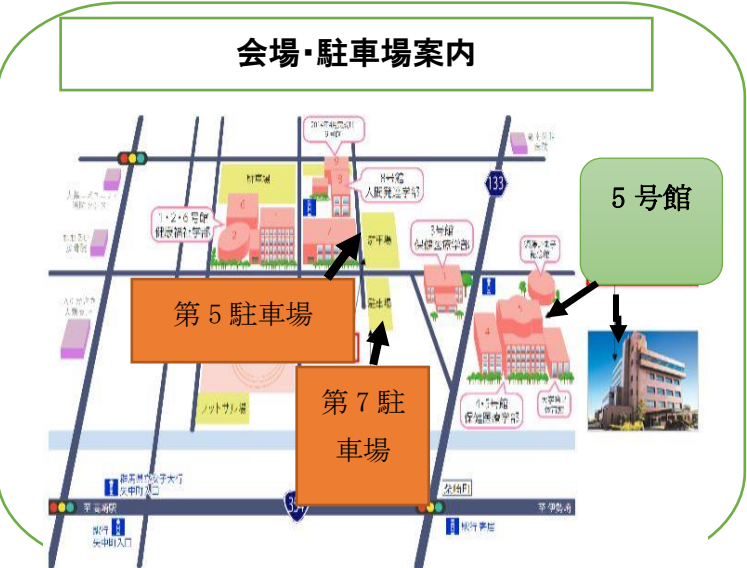
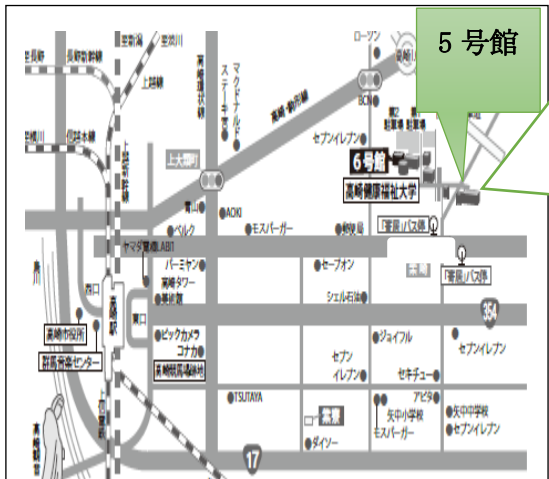
FAX 申し込み書 FAX:027-352-1985

◎申し込み方法:参加を希望される方は、この用紙に必要事項を御記入の上、FAXにてお申し込みください。

◎番号の欄には参加したいテーマの番号をご記入ください。

番号	フリガナ	性別	所属施設
	様	男・女	連絡先: — —
番号	フリガナ	性別	所属施設
	様	男・女	連絡先: — —
番号	フリガナ	性別	所属施設
	様	男・女	連絡先: — —
番号	フリガナ	性別	所属施設
	様	男・女	連絡先: — —
番号	フリガナ	性別	所属施設
	様	男・女	連絡先: — —

○会場ご案内図:群馬県高崎市中大類町 501 高崎健康福祉大学 5号館 [602:5/25, 6/22, 7/6, 7/27](tel:0273521291) [702: 8/24,2/15](tel:0273521985)
 看護実践開発センターTEL:027-352-1291 FAX:027-352-1985 Email:nintei-kn@takasaki-u.ac.jp



管理職の皆様ご記入欄(お知らせいただける場合のみ)
 * 貴病院・施設 Email: