

## ②2019年度 訪問看護師養成講習会 公開講座(単科)申込書

	氏名	会員 は○	9月5日		9月12日		9月19日		10月3日		10月10日		10月17日		10月31日		11月7日		11月14日		受講料 合計
			木		木		木		木		木		木		木		木		木		
			午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	
1	( )																				円
2	( )																				円
3	( )																				円
4	( )																				円

◎ ご希望の開講科目に○を記入し、銀行振り込みで受講料を納入後、申込書を FAX 又は 郵送でお申し込み下さい。

◎ 受講者のうち、川崎市看護協会会員は会員欄に○をし、( )に会員番号をご記入下さい。

◎ 受講料は、受講希望者全員の、希望科目合計で、一括して納入して下さい。(振込手数料は、自己負担です)

(お申し込み先) 川崎市看護協会 〒211-0067 川崎市中原区今井上町1-34 和田ビル3階

**FAX 044-711-5103    TEL 044-711-3995    Email kenshu@kawa-kango.jp**

1	受講料	川崎市看護協会 会員 半日 1,000円、1日 2,000円 (資料代) 非会員 半日 2,000円、1日 4,000円 (資料代)
2	納付先	<u>横浜銀行 武蔵小杉支店 普通 1505749</u>
	加入者名	シヤ)カワサキシカンゴキョウカイ 振込人氏名の前に <b>28</b> を記入してください
3	申込締切	講座開催の5日前まで。5日前以降のキャンセルの受講料は原則返金できません。
4	受講決定通知は致しません。定員オーバーの時のみご連絡します。振込済領収書をお持ちください。	

申込日 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

申込責任者 \_\_\_\_\_