②平成29年度　訪問看護師養成講習会　公開講座(単科)申込書

	氏名	会員は〇	5月11日 木		5月20日 土		6月1日 木		6月10日 土		6月15日 木		6月29日 木		7月6日 木		7月15日 土		7月20日 木		受講料合計
			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〇を記入し、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〇をし、(　)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

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　横浜銀行　武蔵小杉支店　普通　1505749

　加入者名　シヤ)カワサキシカンゴキヨウカイ　　振込人氏名の前に　28　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。

申込日 _____

施設名 _____

連絡先 _____

申込責任者 _____