

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○	9月7日		9月14日		9月30日		10月5日		10月14日		10月19日		10月26日		11月11日		11月16日		受講料 合計
			木		木		土		木		土		木		木		土		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

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ョウカイ 振込人氏名の前に 29 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 _____