

第1回 熊本県 CKD 看護研究会申し込みについて

下記のFAX担当者までお申し込みください。FAXが届き次第、お申し込み番号と振込先を記入した用紙が返信されます。期日までに入金をお願いします。

注意事項

参加は事前申し込み方式で行います。申し込み期間を厳守してください。

申し込み期間：2020年3月1日～2020年5月31日17時まで

申し込みは **お申し込み者記入** の欄に必要事項を記載してください。

参加費は、事前申し込み1,500円（当日受付：2,000円）となっております。参加費は事前に振り込みをお願いします。

申し込み番号は、返信されるFAX用紙に記載されております。ご確認ください。

*各病院でまとめて入金される場合は、合計の人数と金額をご記入ください。

【重要】

1. 「**申し込み番号・本人氏名**」 **例:003 トウセキ タロウ** を入力し、お振り込みをお願いします。振り込み手数料は各自負担してください。
2. 事前申し込みを行った後、振り込みをされない方は当日受付の金額での参加となります。
3. お振込み後のキャンセルにつきましては参加費の返却はできません。

【申込み FAX 番号 096-384-8874】

熊本赤十字病院 FAX：城間 久美絵 宛

事前申し込み用紙

お申し込み者記入

【申込み FAX 番号 096-384-8874】

熊本赤十字病院 FAX：城間 久美絵 宛

勤務先 施設名		職種	
お申込み者 代表者氏名	ふりがな	返信用 FAX 番号	
電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 () —		
参加人数	名	合計金額	円

		氏 名	備考
1	代表者名		
2	参加者名		
3	参加者名		
4	参加者名		
5	参加者名		
6	参加者名		
7	参加者名		
8	参加者名		
9	参加者名		
10	参加者名		

※10 名以上の参加希望の場合は、もう一枚記載をお願い致します。

【お問い合わせ先】 熊本県 CKD 看護研究会 代表 城間 久美絵（熊本赤十字病院）

〒861-8520 熊本市東区長嶺南 2 丁目 1 番 1 号 TEL：096-384-2111（内線 6360）