

お申込みは FAX で
FAX : 03-3206-3100

一般社団法人日本看護学校協議会共済会 行

**阿部幸恵先生による指導者のためのシミュレーション研修会
参加申込書**

参加希望の研修に ○をお付けください。	開催日時・会場	参加費用
<input type="checkbox"/>	東京医科大学シミュレーションセンター 平成 27 年 8 月 19 日 (水)、20 日 (木)	5,000 円 (税込)
<input type="checkbox"/>	おきなわクリニカルシミュレーションセンター 平成 28 年 3 月 20 日 (日)、21 日 (月・祝)	5,000 円 (税込)

フリガナ _____ : _____	性別 : 男 ・ 女
参加者氏名 : _____	
ご加入されている補償制度に○をしてください。	
所属施設名 : _____	教職員用 Will ・ Willnext
施設所在地 : 〒 _____	
ご自宅住所 : 〒 _____	
連絡先 : TEL : _____ - _____	e-mail : _____
日中連絡先 : 自宅・携帯・勤務先 _____	_____
希望連絡方法 : 希望する連絡方法に ○をしてください。	電話 ・ 携帯 ・ e-mail
専門領域 : _____	基礎看護学・成人看護学・老年看護学・小児看護学・母性看護学・精神看護学・在宅看護学 (グループ分けに必要です)

★参加者と申込者が別の場合は下記にご記入ください。

申込者氏名 : _____
所属施設名 : _____
所在地住所 : 〒 _____
連絡先 : TEL : _____ - _____

★領収書の宛名をご記入ください。

「阿部幸恵先生による指導者のためのシミュレーション研修会」にご参加をお申込みの方は、上記太線内に必要事項をご記入いただき、一般社団法人日本看護学校協議会共済会事務局までファックスでお送りください。
お申込みの受け付けは先着順となりますので、申込み締め切り後、事務局よりご連絡させていただきます。

【参加される前に必ずご確認ください】

- ※参加費用は、研修一日目に受付で申し受けます。
- ※開催場所までの移動及び宿泊等については各自のお手配・ご負担となります。当会でも旅行代理店をご案内できますので、その際は事務局までご相談ください。
- ※ Will にご加入いただいている教職員、Willnext にご加入頂いている方が申込み要件です。

一般社団法人日本看護学校協議会共済会

〒 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2 新川佐野ビル 6 階 電話 : 03-5541-7112