日本手術看護学会 事務局宛

E-mail:kaiin-2@jona.gr.jp , FAX: 03（3813）0539

|  |
| --- |
| 2016年度　手術看護実践指導看護師  フォローアップ研修　申込書 |

※下記の欄に必要事項を明記のうえ、上記のメールまたはFAXでお送りください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 込 日 | 2016年　　　月　　　日 | | |
| 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  | | |
| 会員番号 |  | 会費振込日 | ＊会員証未着の方のみ記載 |
| 施　設　名 |  | | |
| 所属部署名 |  | | |
| 連絡先 | 電話番号：  メールアドレス： | | |
| 認定取得  年度 |  | | |

＊郵送物は会員登録時の指定送付先となります。

≪下記事務局記載≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 受付番号 |  |