茨城県専任教員養成講習会主催　　　第２回看護教員「継続研修」

申込用紙

１．研修申込者名簿

**受講希望の方は、下記の欄に必要事項を御記入のうえ添付送信してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（必須） | 所属（任意） | 連絡先：メールアドレス　または　電話番号（会場のアクセスについてお申込みの方に折り返しご案内します。また、後日に連絡事項が生じた際、必要となるため） |
| 例）〇山 〇美 | ○○看護専門学校 | abcdefg@hijk.lm.no.pg. |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |
|  |  | 　 |

・欄が不足している場合は自由に追加してください。

・受講をご希望の方、あるいは看護学校の代表の先生は、必ずメールアドレスをご記入ください。

【お問い合わせ先】

質問など、何かございましたら、下の□内にご記入の上、お申し込みください。

ＦＡＸ：029-840-2301

メール：youseikousyu＠ipu.ac.jp　 担当者：専任教員養成講習会　鈴木恵子 宛

以上