愛知県立大学看護実践センター

**平成29年度　がん看護・家族支援・精神看護・老年看護**

**ＣＮＳフォローアップセミナー　受講申込書**

**（3月5日開催）**

記入日　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 所　属 | 病院施設名・所属名 |
| **\*該当する番号を○で囲んでください。**  １．一般  ２．愛知県立(看護)大学大学院看護学研究科修了生（修了　　年度）  ３．愛知県立(看護)大学看護実践センター認定看護師教育課程修了生（修了　 年度）  ※　２及び３は、看護実践センターセミナー受講料徴収要綱により受講料を1,600円とする。 | |
| 連絡先 | **※振込先のご案内を送付するため、確実に届く住所でお願いします。**  **該当する番号を○で囲んでください。　　１．職場　　２．自宅**  住所　〒　　　　－ |
| TEL  E－mail |
| 受講時の交通手段 | **\*該当する番号を○で囲んでください。**  １．公共交通機関　　２．自家用車（運転）　　３．自家用車（同乗） |

**※お一人につき一枚のご記入でお願いします。**

**※受講申込書の個人情報は、今回のセミナーの目的以外には使用いたしません。**

**お問い合わせ先**

〒４６３－８５０２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名古屋市守山区大字上志段味字東谷

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛知県立大学（守山キャンパス）看護実践センター

ＴＥＬ：０５２－７７８－７１０３（ダイヤルイン）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：０５２－７３６－１４１５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール:supportns@nrs.aichi-pu.ac.jp