愛知県立大学看護実践センター

**平成29年度　認定看護師教育課程フォローアップセミナー（春季）**

**3月24日（土）　受講申込書**

記入日　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| **\*該当する番号を○で囲んでください。**１．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（がん化学療法看護分野　　　　　　期生　がん性疼痛看護分野　　　　　　　期生）２．本学以外の認定看護師教育機関修了生（分野：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所　属（施設および部署名） | 施設名　 |
| 部署（病棟）名 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線　　　　　　　　） |
| 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） |

※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

名古屋市守山区上志段味東谷

愛知県立大学　看護実践センター

ＴＥＬ：０５２－７７８－７１０３（ダイヤルイン）

ＦＡＸ：０５２－７３６－１４１５

Ｅ-mail:supportns@nrs.aichi-pu.ac.jp