|  |
| --- |
| **FAX0172-39-5336****公開講座参加申込書****主催:弘前大学医学部附属病院看護部** |

**※必要事項をご記入の上お申し込み下さい。**

**参加申込期間をお確かめの上、申し込み期間内にお申し込みくださるようお願い申し上げます。**

* **参加は無料です。**
* **申し込みが募集数になり次第締め切らせていただきます。**

**ご不明な点がありましたら下記までお願い致します。**

**弘前大学医学部附属病院看護部長室　副看護部長　花田久美子**

**TEL：0172-39-5334,FAX：0172-39-5336**

**e–mail：kn6872@hirosaki-u.ac.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| **申 込 日** | **平成 30年　　 月　 　日** |
| **申込講座** | **講座番号（　　　）****認定看護師による公開講座計画書の講座番号をお書き下さい** |
| **参加日時** | **平成30年 　月 　日(金)　18：00～19：00** |
| **ご 氏 名** | **1.****2.****3.** |
| **ご 所 属****ご連絡先** | **TEL： FAX：** |
| **質問事項** | **公開講座の内容に反映させたいと思いますので、ぜひお書き下さい。** |