日精看ネット九州　研修会 FAX 申込用紙

FAX　092−791−6561

返信宛名（必ず記入してください）	返信 FAX（必ず記入してください）

＊ １枚につき、１つの研修会、１名でお申し込みをお願いします。

①	研修会名（略さずに記入） 日　程　　月　　日　～　　月　　日
②	ふりがな 氏　名
③	会員（No　　）　・　入会手続き中　・　非会員
④	支部名　　施設名
⑤	プログラム送付先住所（　施設　・　自宅　）←どちらかを〇で囲んでください 〒 電話番号：（ 自宅・携帯・施設 ）＿＿＿＿＿＿＿＿ メールアドレス　　＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿
⑥	参加動機　１.精神科認定看護師を目指している　２.自己学習　３.職務命令 ４.実習指導者を目指している　５.その他＿＿＿＿＿＿＿＿
⑦	職位／職名
⑧	実務経験　精神科＿＿＿＿年、その他＿＿＿＿年
⑨	その他

【お申し込み結果】
- □　受講承認されました。後日、ご案内を送付いたします
- □　締め切らせていただきました。次の機会によろしくお願いいたします

◎ お申し込み結果を返信先 FAX 番号に連絡します。なお、返信先 FAX 番号・宛名の記載のないものは無効扱いとなります。また、研修会は定員に達した時点で受付を終了しますので、あらかじめご了承ください。

特例社団法人日本精神科看護技術協会　日精看ネット九州
〒810-0005
福岡県福岡市中央区清川 3-14-20　福岡県精神病院協同組合会館３F
TEL：092-791-6560　FAX：092-791-6561