

下記の参加申込書に明記し、FAX またはメールでお申し込みください。
 満席の場合は事務局よりご連絡致します。確実に連絡がとれる電話番号をご記入ください。
 皆様お誘い合わせのうえご参加ください。

申し込み締め切り:9月27日(金)12時まで

参加申込書

フリガナ:	所属機関名:	資格:
氏名:	住所:	電話番号:
フリガナ:	所属機関名:	資格:
氏名:	住所:	電話番号:
フリガナ:	所属機関名:	資格:
氏名:	住所:	電話番号:
フリガナ:	所属機関名:	資格:
氏名:	住所:	電話番号:

※参加申込用紙はホームページからもダウンロードできます。

【えひめ排泄ケア研究会ホームページ <http://e-haisetu.m.ehime-u.ac.jp/>】

申込先

愛媛県東温市志津川 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻内
 えひめ排泄ケア研究会事務局(担当:小岡)

FAX: 089-960-5423

メール:ehaisetu@m.ehime-u.ac.jp

愛媛大学医学部構内図



❖ 医学部構内の移動には時間がかかるため、お早めにお越しください。

❖ 駐車場へは正門、東門、西門からお入り下さい。

❖ 無料駐車券は受付でお渡しいたします。

最寄りの駐車場はこちら