えひめ排泄ケア研究会

平成29年度　第15回学術講演会

以下の参加申込書に必要事項ご明記の上、FAXまたはE-mailでお申し込みください。

なお、満席でご希望に添えない場合には事務局よりご連絡致します。**確実に連絡のとれる連絡先をご記入ください。**

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：11月17日（金）** |

**参　加　申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ： | 所属機関名： |
| 氏名： | 住所：TEL： | 資格： |
| フリガナ： | 所属機関名： |
| 氏名： | 住所：TEL： | 資格： |
| フリガナ： | 所属機関名： |
| 氏名： | 住所：TEL： | 資格： |
| フリガナ： | 所属機関名： |
| 氏名： | 住所：TEL： | 資格： |
| フリガナ： | 所属機関名： |
| 氏名： | 住所：TEL： | 資格： |

**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**

**e-mail：****ehaisetu@m.ehime-u.ac.jp**