

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