|  |
| --- |
| 兵庫県ナースセンター　出張講義申込書 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申込月日　令和 年　　　月　　　日  兵庫県ナースセンター　新村　宛  ナースセンターの出張講義を、下記のとおり申し込みます。  記 | |
| １．学校名 |  |
| ２．学校代表者名 |  |
| ３．学校住所 | 〒 |
| TEL |
| ４．希望日 | 第1希望　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　～　　： |
| 第2希望　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　～　　： |
| 第3希望　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　～　　： |
| ５．対象 | 第　　　　　　学年　　　　　　　　　人数　　　　　　　　　　　人 |
| ６．担当者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　役職名  連絡先 |
| ７．備考 | （ご希望される内容等があれば、ご記入ください。） |

**※FAX送信の際は、再度FAX番号をよくお確かめのうえ、送信間違いのないようにお願いします。**