

研修申込フォーム

送付先： 集団力学研究所

Fax 050-3730-4905

注意：

これは仮申込です。受講料が銀行振込された時点で正式申込になります。

振込口座は会場(大阪、愛媛、福岡、東京)ごとに異なります。

振込口座は、公益財団法人集団力学研究所のホームページ(看護管理者支援プロジェクトのページ)をご覧ください。

研修名：
開催日：
会場： ○をつけてください。 ・大阪 ・愛媛 ・福岡 ・東京(千葉)
受講料支払者： ○をつけてください。 ・施設 ・個人(複数可;ただし同一施設)
申込者(支払責任者)： フリガナ
施設名：
部署：
役職：
領収書・受講票の郵送先(勤務先の場合は、部署までご記入ください。) 〒
メールアドレス：
電話：
Fax：
参加者数：
参加者(支払責任者が参加される場合は、もう一度ご記入ください。)
氏名： 所属・役職
氏名： 所属・役職
氏名： 所属・役職

参加者が4名以上の場合は、別紙でお送りください。