＜日本手術看護学会九州地区福岡分会研修会参加お申し込み用紙＞

日本メディカルネクスト 宛　**【ＦＡＸ　０９２－６２２－７７３１】**

【ご 施 設 名】

 **※代表者様へ受付完了のご連絡を差し上げます（10/30以降）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 ※会員or非会員（日本手術看護学会）に丸印をつけて下さい**

【代 表 者 名】　　　　　　　　　　　（会員・非会員）　　ご連絡先　　　－　 　－

【ご参加者名】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（会員・非会員）　 　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）　　　　　　　　　　　　　　　　　（会員・非会員）

**個人情報の取扱いについて**

**ご記入戴きました皆様の個人情報は、当分会研修会の開催並びに今後の弊社セミナーの**

**ご案内に係る目的のみで使用させていただきます。なお、弊社の個人情報の取り扱いについては、弊社ホームページ (http://www.j-mednext.co.jp)をご覧下さい**

　**〈お申し込み方法〉**

 **10月31日（木）までに、このお申し込み用紙をＦＡＸして下さい。**

 **定員になり次第締め切らせて頂きますので宜しくお願い致します。**

 日本メディカルネクスト株式会社　福岡営業所　担当：田中・鈴木

 　　 ＴＥＬ　０９２（６２２）７７３０