

## 第1回 小児医療セミナー「参加申込書」

参加等	・セミナーへの参加を希望 ・セミナーの資料の送付を希望 (該当するものに )
住所 (電子メールの場合は任意)	(〒 - )
電話番号 (電子メールの場合は任意)	
氏名	
年齢(任意)	
勤務先、学校名(任意)	
看護師資格等	・看護師として勤務している ・看護師免許は持っているが勤務はしていない ・看護学生 (該当するものに )
次回案内等の送付希望	・次回以降のセミナー開催案内等の送付を希望する ・希望しない (該当するものに )

### 申込方法

**【郵送】**

本申込書(コピー可)の必要事項を記入の上、下記の宛先に郵送してください。

(宛先)〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都病院経営本部小児医療セミナー担当

**【メール】**

本文に上記項目を記入の上、s0000566@section.metro.tokyo.jpに送信してください。

**【ファクシミリ】**

本申込書(コピー可)の必要事項を記入の上、下記のファクシミリ番号に送信してください。

(FAX)03-5388-1435 おかけ間違いのないようご注意ください。

### 応募締切

平成20年10月15日(水曜日)必着

記入いただいた住所、氏名等の個人情報は厳重に管理し、セミナーの案内、資料の送付以外の目的では使用しません。