

第3回 小児医療セミナー「参加申込書」

氏名	
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)	
年齢(任意)	
勤務先、学校名(任意)	
看護師資格等	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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21年3月13日(金曜日)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。