

総合せき損センター「看護セミナー」 FAX申込み用紙

申し込み締め切り：平成30年9月28日(金)

総合せき損センター FAX番号：0948-29-1065

所属施設名		当方にて記載	
電話番号		*参加の可・不可は、当方から代表者様宛にFAXにてお返事致します。	
FAX番号			
FAX番号は必ず記入の上、お間違えないよう御確認下さい。			
参加者氏名(代表者に○) *数字は申込みの優先順になります。	所属部署	職種	
1			参加可 ・ 不可
2			参加可 ・ 不可
3			参加可 ・ 不可
4			参加可 ・ 不可
5			参加可 ・ 不可
6			参加可 ・ 不可

・お申込み多数の場合は、職種や同施設からの参加人数を調整させていただくことがあります。その場合は、申し込みの施設、職種、優先順位を基に人数調整を行います。ご了承ください。

・セミナー当日の様子を写真撮影いたします。撮影した写真は、当院のwebサイトや広報誌に掲載する場合がありますのでご了承ください。

・セミナーの情報に関しましては随時ホームページにて掲載致します。なお、交通アクセス等に関しましては、ホームページをご参考にお越し頂きますようお願い致します。

・氏名、電話番号などの情報に関しては、個人情報保護法に基づき、当方で適正な管理を行い、当セミナーの運営や活動に関わる以外の目的には一切利用いたしません。

・参加につきましては、当方から代表者様宛にFAXにてお返事致します。

FAX番号は必ず記入の上、お間違えないよう御確認下さい。

*今回のセミナーの内容に関する事で、日頃、悩んでいることやより深く理解されたいことがありましたら、ご記入下さい。

*上記テーマ以外に脊髄損傷についてより深く理解されたいことがありましたら、ご記入下さい。