**第12回 地域連携セミナー参加申込書**

**締切：2024年6月13日（木）**

* この参加申込書にご入力のうえ、メール添付にて看護地域連携センター（n.center@med.nagoya-cu.ac.jp）

に送信してください。

* 申込手続きが完了した旨の通知メールを看護地域連携センターより送信されます。

**ホームページ　http://www.nagoya-cu.ac.jp/nurse/center/index.html**

※ 対面参加の方は、申込手続きが完了した旨の通知メールを当日受付でご提示ください。

※ 遠隔参加の方は、申し込み後に支払い方法をお知らせします。

※ 施設でお申込みの場合は、取りまとめてお申込みください。

※ 今後のセミナーのお知らせ配信を希望する・希望しないのいずれかに〇をおつけください。

　 希望するに〇をつけていただいた方には今後の催物情報をメール配信させていただきます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加方法 | | | 対面参加　　　　・　　　　遠隔参加  ※ 遠隔参加の場合、質疑応答は視聴のみとなります。  　 遠隔参加の場合、講師に質疑ができない旨ご了承ください。  ※ 申込後、対面参加と遠隔参加の変更は承れませんのでご了承ください。 | | | |
| 代表者 | ご所属先 | * 一般の方は一般とご記入ください。 | | | TEL |  |
| ふりがな ： | | | メールアドレス ： | | |
| 氏 名 : | | | 今後のセミナーのお知らせ配信  （　希望する　・　希望しない　） | | |
| 参加希望者 氏名 ／ メールアドレス | | | | | | |
| 1　ふりがな ： | | | | メールアドレス ： | | |
| 氏 名 : | | | | 今後のセミナーのお知らせ配信  （　希望する　・　希望しない　） | | |
| 2　ふりがな ： | | | | メールアドレス ： | | |
| 氏 名 : | | | | 今後のセミナーのお知らせ配信  （　希望する　・　希望しない　） | | |
| 3　ふりがな ： | | | | メールアドレス ： | | |
| 氏 名 : | | | | 今後のセミナーのお知らせ配信  （　希望する　・　希望しない　） | | |
| 4　ふりがな ： | | | | メールアドレス ： | | |
| 氏 名 : | | | | 今後のセミナーのお知らせ配信  （　希望する　・　希望しない　） | | |