出張研究セミナー 参加申込書

**締切：開催希望月の2か月前**

参加申込書に必要事項を記入の上、下記申込先アドレスに本申込書を添付にて返送ください。

**申込先 ： 看護地域連携センター**

**E-mail ：　n.center@med.nagoya-cu.ac.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名称** |  |
| **施設住所** |  |
| **開催希望日****（複数日ご提案ください）** |  |
| **希望する内容** |  |
| **予定参加者数** |  |
| **ご担当者名（職位）** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **E-mail** |  |
| **電話** |  |
| **今後のセミナーなどのお知らせ（該当に○）** | **希望する 　　 　・　　　　　希望しない****＊希望する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** |

●申し込み後、貴施設と担当教員にて開催日時を決めさせていただきます。

●申し込み後1週間を過ぎても通知が届かない場合は、看護地域連携センターまでお問い合わせください。

・お問い合わせ：名古屋市立大学 看護地域連携センター

E-mail : n.center@med.nagoya-cu.ac.jp 　　　　 　 　TEL 052-853-8042

（不在時）TEL 052-853-8037