



F A Xで申し込まれる方は、このまま送信ください。

申し込み要領

F A Xで申し込まれる方：F A X申込書に明記の上、送信ください。
お電話で申し込まれる方：氏名・年齢・ご住所・連絡先をお伝え下さい。

申し込み先

関西看護医療大学 看護診断研究センター 宛
F A X：0799-60-1201
T E L：0799-60-1200

申し込み期限

平成23年 7月20日（水）まで

| 平成23年度看護診断研究センター市民講座F A X申込書 | | | | |
|------------------------------|----|-----|------|------|
| 氏名 | 年齢 | 男・女 | おところ | 電話番号 |
| | | 男・女 | | |
| | | 男・女 | | |
| | | 男・女 | | |