



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5日（火）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		