

# 第9回 ナースのためのART医学セミナー 参加申込用紙

(記入日 年 月 日)

ふりがな		懇親会 どちらかに○を つけてください 出席 欠席	職種	1:医師 2:看護師 3:医療関係者 4:その他( )
お名前 (代表者)			所属	
ふりがな		懇親会 出席 欠席	ふりがな	
お名前			お名前	
職種	1:医師 2:看護師 3:医療関係者 4:その他( )		職種	1:医師 2:看護師 3:医療関係者 4:その他( )
ふりがな		懇親会 出席 欠席	ふりがな	
お名前			お名前	
職種	1:医師 2:看護師 3:医療関係者 4:その他( )		職種	1:医師 2:看護師 3:医療関係者 4:その他( )
ふりがな		懇親会 出席 欠席	ふりがな	
お名前			お名前	
職種	1:医師 2:看護師 3:医療関係者 4:その他( )		職種	1:医師 2:看護師 3:医療関係者 4:その他( )
参加人数: 医師( )名, 看護師( )名, 医療関係者( )名, その他( )名, 合計( )名				

## ご連絡先住所

(自宅・勤務先)

※ご連絡が可能な連絡先を記入の上、自宅または勤務先に○をつけてください。

なお、複数人で申し込みの場合は、ご記入の住所に案内ハガキをお送りします。

(〒 - )	都道 府県	
TEL ( )	FAX ( )	E-mail

※ご連絡先が勤務先の場合は、勤務先名と勤務先部署もご記入ください。

勤務先名	勤務先部署
------	-------

## 参加申し込み方法と費用

- 申し込みは、ホームページ上のウェブによる参加申込フォームから申し込むか、FAXによる参加申込書(本用紙)に必要事項記入の上、下記のFAX番号に送信し、お申し込みください。
- 申し込み受付後、参加費振り込みのご案内をメールまたはFAXにてお知らせします。入金確認後、正式な参加登録となります。
- 会場はメイン会場のみ(定員:350名)です。概ねスクール席(机あり)としていますが、場合により後方の一部は机のないシアター席となる場合がございますので予めご了承下さい。席は当日先着順とします。
- 参加費用は以下のとおりです。

セミナー 参加費		懇親会費 5月18日 19時~
医師	15,000円/名	3,000円/名
看護師・医療関係者・その他	10,000円/名	

※記載してある金額はひとり分の参加費用です。参加費には、テキスト代・昼食代が含まれます。

入金確認後、受領のご案内ハガキを送らせて頂きます。当日は参加章のお渡し時に当ハガキをご提示下さい。懇親会は参加費入金確認後、ご案内状を送らせて頂きます。5月15日までに未着の場合は事務局までご一報ください。振り込み後のキャンセルによる返金はお受け出来ません。宿泊の斡旋は致しませんので、ご自身でお手配ください。

参加申込期間は2019年1月17日(木)~4月20日(土)です。※定員になり次第、募集は締切となります。

振込締切: 2019年4月25日(木)

# 申込先 FAX:045-620-7563

詳しくはホームページをご覧ください。

アート・ナースアカデミー <http://www.artnurse.org/>

## お問い合わせ先

はらメディカルクリニック内「アート・ナースアカデミー」  
〒151-0051 渋谷区千駄ヶ谷5-8-10 TEL:03-5363-4818  
または 事務局/(株)ヒューマン リプロ・K  
〒226-0003 神奈川県横浜市緑区鴨居 6-19-20  
TEL:045-620-7560 FAX:045-620-7563

事務局記入欄: 受付日( ) 入金日( )