**第25回広島県呼吸ケア看護研究会研修会　　参加申込書**

ご記入事項：

名前（ふりがな）、勤務先、職種、ご連絡先（住所ならびに電話番号）を下記にご記入後、

ファックスにてお送り下さい。または、同様の内容をe-mailで送信下さい。

申込日　平成　　年　　月　　日

**参加希望内容を確認し、□にチェック（✔）をお願いします。**

**□　第25回　広島県呼吸ケア看護研究会研修会のみ参加します。**

**□　第25回　広島県呼吸ケア看護研究会研修会、尾崎塾の両日に参加します。**

**（　9/30までに15,000円を下記振込先に納入してください。）**

**□　尾崎塾のみ参加します。**

**（　尾崎塾のみの参加は空席がある場合、後日ご案内いたします。）**

**ふりがな**

□男　　　　□女

**お名前**

**ご勤務先（ご所属部署）**

 **（　　　　　　　　　　　　　　）**

**ご職業　（　　　　　　　　　　　）　　経験年数　（　　　　　　　　　　　　）**

**呼吸療法認定士の資格　　　　　　　　　　　　　　□　資格有　　　　　　□　資格無**

**呼吸療法認定士受験希望　　　　　　　　　　　　　□　希望有　　　　　　□　希望無**

□にチェック（✔）をお願いします。

**ご連絡先　〒**

**TEL：**

**FAX番号：**

**E-mail：**

**参加・不参加の結果を返信しますので、ＦＡＸ番号かメールアドレスをご記入下さい。**

**申し込み先**

**研究会事務局：広島大学大学院医歯薬保健学研究科 成人看護開発学 林 真朝子**

 **E-mail : kokyuns@hiroshima-u.ac.jp 　　　　　FAX：082-257-5369**

**尾崎塾振り込み先**

広島銀行　安芸府中支店　普通預金　３４１９９５４　　三浦　恵子

**※広島県呼吸ケア看護研究会研修参加費3000円は当日お支払い下さい。**

**必要な方には当日領収書をお渡ししま**す。

**主催：広島県呼吸ケア看護研究会**