**第29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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　お申込日　　　　年　　月　　日

**□　第29回広島県呼吸ケア看護研究会研修会に参加します。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□にチェック（✔）をお願いします。

**ふりがな**

**お名前**

**ご勤務先（ご所属部署）**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**ご職種　　　（　　　　　　　　　　　）**

**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：**

**E-mail：**

**広島県呼吸ケア看護研究会事務局　宛**

**→anursing@hiroshima-u.ac.jp (082)257-5369**

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

**メールアドレス：**

**FAX番号：**

**※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。

尚、10分以上の遅刻・退出は、修了証の発行ができません。あらかじめご了承ください。

**主催：広島県呼吸ケア看護研究会**