**FＡＸ送信票（FAX；072-453-2841）**

**社会医療法人 三和会 永山病院 看護部 看護部長 上野 寿江　宛**

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

代表者名

平成30年度 第1回 大阪府看護協会泉南支部講演会申込書

**「なぜそう理解したのかな？どうしたら伝わるのかな？」**

**～気持ちよく働くために～**

講　師　： **医療法人 大賀医院 こころの健康科 院長**

**大賀　征夫　　先生**

日　時　；　 平成30年6月14日（木）　18時45分～20時15分

場　所　； 　浪切ホール（小ホール）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 会員 | 非会員  ℡ | 学生 | 氏名 | 会員 | 非会員  ℡ | 学生 |
|  |  | ℡ |  |  |  | ℡ |  |
|  |  | ℡ |  |  |  | ℡ |  |
|  |  | ℡ |  |  |  | ℡ |  |
|  |  | ℡ |  |  |  | ℡ |  |
|  |  | ℡ |  |  |  | ℡ |  |
|  |  | ℡ |  |  |  | ℡ |  |
|  |  | ℡ |  |  |  | ℡ |  |

①領収書；　不要　・　必要　　②施設宛（　　　　）　個人宛（　　　　）

* 看護協会員・非会員・学生どれかに○印をご記入ください。
* 非会員の方は受講料として１,０００円、看護学生は５００円を頂きます。
* 申し込み多数の場合は、お手数ですが申込書をコピーしてご使用ください。
* 申し込みに不備等がない限り事務局から連絡をすることはありません。また、キャンセルの場合は必ず連絡を下さりますようお願いします。
* 個人会員の方は、お手数ですが電話番号を必ずご記入ください。
* 領収書が必要な方は、施設宛か個人宛か明記を願います。

＜申込期限　6月1日（金）17時必着＞