

第 24 回日本医学看護学教育学会学術学会

参加申込書

平成 年 月 日申込み

施設名（又は個人名）			
連絡先	〒		
	E-mail :		
	Tel :	Fax :	

学会参加、懇親会参加、弁当（500 円）の希望者は○をつけて下さい。

氏 名	所 属	会 員 ・ 学 生 の 別	学 会 参 加	懇 親 会 参 加	弁 当 希 望
		会 員   非 会 員   学 生			
		会 員   非 会 員   学 生			
		会 員   非 会 員   学 生			
		会 員   非 会 員   学 生			
		会 員   非 会 員   学 生			
		会 員   非 会 員   学 生			
		会 員   非 会 員   学 生			
		会 員   非 会 員   学 生			

参加申込締切：平成 26 年 2 月 14 日（金）

E-mail 添付またはファックスにて、第 24 回日本医学看護学教育学会学術学会事務局にお申込みください。

E-mail : [prfiwami@mx.miracle.ne.jp](mailto:prfiwami@mx.miracle.ne.jp)      Fax : 0856-23-3462

※この様式については、学会ホームページの第 24 回学術学会からもダウンロードできます。

お問い合わせ先

第 24 回日本医学看護学教育学会学術学会事務局

〒698-0007 島根県益田市昭和町 20-15 島根県立石見高等看護学院

Tel : 0856-23-2615      Fax : 0856-23-3462

※抄録集は学会参加申込みをされた方にお送りします。（発送予定は 2 月下旬です）