

第 25 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 (5,000円)	弁当希望 (800円)
		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 27 年 2 月 16 日（月）

E-mail 添付またはファックスにて、第 25 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 : info@k-jinju.or.jp Fax : 0855-72-3039

お問い合わせ先

第 25 回日本医学看護学教育学会学術学会事務局

〒696-0001 島根県邑智郡川本町川本 383-1 加藤病院（担当：上田裕一）

Tel : 0855-72-3040 Fax : 0855-72-3039

※抄録集は学会参加申込みをされた方にお送ります。（発送予定は2月下旬です）