**日本脳神経看護研究学会第4回関東地方部会大会　参加申込書**

**日時：平成30年5月１1日（金）　10:00～15：30**

**会場：目白大学メディカルスタッフ研修センター**

**〒351－0102　埼玉県和光市諏訪2－12 （国立埼玉病院前）**

**参加費：会員：5,000円　非会員：7,000円　学生：3,000円**

**＊当日　会場で集めさせていただきます。**

**必須**

　御施設・所属名:

（自宅・施設）住所:

**必須**

　ご連絡先（代表者）氏名:

mail：

**必須**

**※お申し込み時、既に定員に達している場合は参加ができません。**

**参加ができない場合のみ上記代表者の方にご連絡いたします。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 代表者 | 氏　名 | 会員 | 非会員 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

＊会員・非会員、代表者に必ず○をつけてください。

＊定員制のため、キャンセルの場合は早目にＦＡＸ(下記）でご連絡ください。

＊センター周辺は飲食店が多くありません。昼食は各自でご用意ください。

**定員は100名です。申し込みは先着順とさせていただきます。**

変更や定員により参加が出来ない等の際は代表者の方にご連絡させていただきます。

**ＦＡＸ送信先:** 048-260-7013

日本脳神経看護研究学会関東地方部会事務局

（目白大学メディカルスタッフ研修センター内）