

**FAX 送信先: 0493-35-4236      IVR 学会事務局 宛**

### 第 3 回 IVR 看護師セミナー受講申し込み票

(該当する箇所に✓を記入してください)

お名前: \_\_\_\_\_

生年月日: 19\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日      年齢\_\_\_\_歳

性別: 男性   女性      看護歴\_\_\_\_年

日本 IVR 学会認定 IVR 看護師資格:   無   有      (認定番号: \_\_\_\_\_)

勤務先施設名: \_\_\_\_\_

勤務先所属科: \_\_\_\_\_

勤務先住所: 〒\_\_\_\_\_

勤務先 TEL: \_\_\_\_\_      FAX: \_\_\_\_\_

自宅住所: 〒\_\_\_\_\_

自宅 TEL: \_\_\_\_\_      FAX: \_\_\_\_\_

E-mail アドレス: \_\_\_\_\_

携帯電話番号: \_\_\_\_\_      携帯アドレス: \_\_\_\_\_

受講ハガキ送付先:   勤務先                      自宅

参加費払込票のコピーを添付してください。