

第 45 回日本脳神経看護研究学会

共催セミナー 申込書

年 月 日

会社名			
部署名		ご担当者	
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

共催セミナーに申し込む

セミナー一覧をご参照の上、ご希望の枠を第 1 希望から第 2 希望までご記入ください。
お申込後、演題・司会・演者の候補をお伺いいたします。

	セミナー名	会場
第 1 希望		
第 2 希望		

第 45 回日本脳神経看護研究学会 運営事務局

学会サポートセンター熊本(株式会社コンベンションサポート九州)

〒860-0811 熊本市中央区本荘 1-1-1 熊本大学医学部附属病院内

TEL:096-373-9188 FAX:096-373-9191

E-mail:jaan45@higo.ne.jp