

第59回日本カトリック看護協会 全国大会in名古屋 参加申込書

大会開催日 2018年10月5日(金)・6日(土)

申込日 2018年 月 日

ふりがな				男・女・Fr・Sr
氏名				
住所	〒			
勤務先		支部名	支部	
TEL		FAX		
E-mail		携帯番号		

大会参加申込 下記の太枠欄に○または×をご記入ください。

全国大会 10/5～6	懇親会 10/5	お弁当 10/6	オプションツアー10/6
10,000円	5,000円	1,000円	3,000円
参加費 合計		円	

* 現会員以外の一般参加の方は支部名欄に「一般」とご記入ください。

※申し込み先・送金先は、下記を参照してください。

* 申し込み方法: この用紙に必要事項を記入し、郵送・FAX・メールいずれかの方法でお申し込みください。

* 申し込み受付: 2018年4月1日(日)～8月31日(金)

* 入金 締切日: 2018年9月10日(月)

金融機関の振込依頼書の領収印をもって領収書に代えさせていただきます。

振込時の依頼人名はご自身のお名前をご記入ください。

振込手数料は各自ご負担ください。

* 一旦ご入金いただいた参加費は、返金できませんが代理出席は可能です。ご了承ください。

* 申し込みは、申込書送付と振込をもって完了とさせていただきます。

* 宿泊は各自でご準備ください。

* 勤務の都合上、締め切り後に参加申し込みを希望される方は、下記にお問い合わせください。

* ミサの司式をしてくださる神父様は、ストラと祭服をご持参ください。(10月6日 閉会ミサ)

【参加申込書送付・お問い合わせ先】

〒466-8633 名古屋市昭和区川名山町56 聖霊病院

大会責任者 河村敦子宛 (看護部)

TEL 052-832-1181(代) (平日9時～16時)

FAX 052-832-3744 (終日)

E-mail: jcna.nagoya@gmail.com (終日)

【送金先】

ゆうちょ銀行: 普通預金

記号: 12120

番号: 29882641

口座名: 日本カトリック看護協会 名古屋支部