＜様式8＞

令和　　　　年　　月　　日

茨城県看護研究学会一般参加申込書

施設名

代表者名

住所　　　〒　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　(　　　)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏名 | 会員番号(県) | 非会員 | 備考 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

* 発表者は氏名前の番号に○印をつけてください。

抄録集のみを希望する方

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏名 | 会員番号(県) | 非会員 | 冊数 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

**個人情報の取り扱い：**本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、

　　　　　　　　　　この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはありません。