公益社団法人　茨城県看護協会　総務部会員担当　行き　※送付状不要

ＦＡＸ　０２９－２２６－０４９３

もしくはメール　ibakango@olive.ocn.ne.jp

公益社団法人　茨城県看護協会

賛助会員　特典申込書

申込日　　年　　月　　日

　このたび、賛助会員特典を下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名・団体名・氏名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号： |
| メールアドレス： |
| 賛助会員番号 | ＩＮＡ　　－Ｓ |
| 希望特典  希望に☑を入れてください | * ①研修センター借用　※別途「看護研修センター利用申込書」提出 * ②研修参加　※別途研修システム「マナブル」より受講申請 　研修名：   　参加者名：   * ③ポスター等の貼付 　大きさ　　　　　　×　　　　　 　枚数：　　　　　枚 * ④「看護いばらき」広告（大きさA4版　1/6　カラー） * ⑤ホームページバナー |

※特典④、⑤は３口（30,000円）以上の賛助会員に限られます

※特典利用の可否については、記載のアドレス宛てにご連絡します

※本書申込情報は、茨城県看護協会「個人情報保護規程」に基づき、適切に管理いたします。

【お問合せ・提出先】

（公社）茨城県看護協会　　賛助会員担当宛て

〒310-0034　水戸市緑町3-5-35

　　TEL　029-221-6900　　FAX　029-226-0493　　メール　ibakango@olive.ocn.ne.jp

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **以下、記入不要** | | | | |  |
| 会長 | 専務理事 | 常任理事 | 事務局長 | 事務局次長 | 局員 |
|  |  |  |  |  |  |