

「エンゼルケアのエビデンス!？」 出版記念お話し会

募集要項

日 時 横 浜 2011年11月6日(日) 13:00～16:00(開場 12:30)
 名古屋 2011年11月27日(日) 13:00～16:00(開場 12:30)
 神 戸 2011年12月11日(日) 13:00～16:00(開場 12:30)

会 場 横 浜 横浜市西区高島2-12-6 ヨコハマジャスト1号館 8F 3号室
 名古屋 名古屋市市中村区椿町16-23 名駅ABCビル ABC貸会議室 2F 第2会議室
 神 戸 神戸市中央区御幸通8丁目1番6号神戸国際会館 4F 402号

参 加 費 用 これまで「エンゼルメイク・アカデミア年間講座」を受講いただいた会員：4,000円 一般：5,000円
 ※「エンゼルケアのエビデンス!？」が一冊付いてきます。

申 込 方 法 以下申込要領をご記入の上、FAXカメールまたはお電話にてお申込み下さい。
 ※急な連絡を要する場合がございますので、携帯電話またはメールアドレスのどちらかを必ずご記入下さい。
 追って郵便振替用紙をお送り致しますので、支払期限までに最寄りのゆうちょ銀行にてお振込み下さい。
 ご入金の確認ができましたら、入場券をお送り致します。

募 集 対 象 看護師、医師、医療系・看護系大学・看護学校教職員及び研究者

そ の 他 講座の開催を中止した場合、参加費は全て返納致します。また、ご入金後にお申込者さまのご都合により
 キャンセルされる場合は原則としてご返金できません。その場合は当日配布物品をご送付させていただきます。

申 込 ・ 問 合 先 株式会社素敬 エンゼルメイク・アカデミア事業部 担当/福田・尾形
 ウェブサイト <http://www.sokei.jp> Eメール sokei@angel.email.ne.jp
 〈本社〉電話083-235-3617 FAX083-232-1393 〈東京〉電話03-5718-7588 FAX03-5718-7589



書面より

申込書



F A X / 0 8 3 - 2 3 2 - 1 3 9 3

ふりがな

お申込者氏名

職種

所属施設名・学校名

病棟名(科)

会員ナンバー

No

※エンゼルメイク・アカデミア会員
の方はご記入下さい。

郵便物送付先住所

自宅 ※アパート・マンション名も明記
〒

勤務先・学校

連絡先

自宅
 勤務先

電話

FAX

携帯電話

Eメール

※日中ご連絡が取れる連絡先(携帯電話など)を必ずご記入下さい。

会 場

横 浜

名 古 屋

神 戸

申込人数

会 員

名

一 般

名