

# オンラインもの忘れ看護相談 参加申込用紙

必要事項をご記入のうえ **2021年2月15日（月）午後5時まで**に

メール：chiiki@kobe-ccn.ac.jp または FAX：078-794-8086 へお送りください。

- ・受付の確認は、電話、メールまたはFAXにて、2日以内にご連絡いたします。
- ・お申込み 5日以内（土・日・祝および年末年始を除く）に返信が届かない場合は、恐れ入りますが、必ず事務局担当係までご一報いただきますようお願い申し上げます。
- ・オンライン研修に参加するための事前説明会を、1週間前、3日前と、ご希望者には個別でも開催いたします。参加希望の方はお知らせください。
- ・申し込み時にいただいた個人情報は、本研修以外では使用いたしません。

お申込日：      年      月      日

ふりがな 氏 名	
電話番号	
メールアドレス	
質問、ご要望	
参加する情報機器	いずれかに☑をしてください <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン（ <input type="checkbox"/> iPhone / <input type="checkbox"/> android / <input type="checkbox"/> 機種不明） <input type="checkbox"/> iPadとルーターのレンタルを希望する
事前説明会	いずれかに☑をしてください <input type="checkbox"/> 研修1週間前のオンライン説明会への参加を希望する（2/10 15時～） <input type="checkbox"/> 研修3日前のオンライン説明会への参加を希望する（2/15 10時～） <input type="checkbox"/> 上記の両日とも参加を希望する <input type="checkbox"/> 個別（対面または電話）での説明を受けたい <input type="checkbox"/> 希望しない

## 申込用紙送付先

〒651-2103 神戸市西区学園西町3丁目4番地

神戸市看護大学 地域連携教育・研究センター事務局

TEL: 078-794-8085    FAX:078-794-8086    MAIL : chiiki@kobe-ccn.ac.jp