

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9月7日（火）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、8月30日（月）14時に開催いたします。**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、本事業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	講師への質問等がありましたらご記入ください。
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）
ZOOMの使用経験	これまでにZOOMのオンライン会議システムを使用したことがありますか <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 使用したことがある
事前説明会	<input type="checkbox"/> 8/30（月）のオンライン事前説明会への参加を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
その他	今後の「もの忘れ看護相談」に関する企画をメールでご案内してもよいですか <input type="checkbox"/> 希望する <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 事務局

TEL: 078-794-8080 FAX:078-794-8086 MAIL : chiiki@kobe-ccn.ac.jp