

## 基礎研修 参加希望会場 調査表

基礎研修の実施にあたり、以下の被推薦者様のお名前と連絡先(メールアドレス)、参加を希望する研修会場をご記入ください。

### ■ 被推薦者様

お名前 (ふりがな)

---

大学名

---

連絡先 (メールアドレス)

---

### ■ 参加する研修会場 (参加希望会場の欄に○をつけてください)

大学の所属ブロックに限らず、ご自身のご都合に合わせて参加会場を希望できます。

ブロック	開催日時	会場	参加希望会場
北海道・東北ブロック	9/28 (土) 13:00~16:30	札幌医科大学	
関東ブロック	9/14 (土) 13:00~16:30	日本赤十字看護大学	
中部ブロック	9/14 (土) 13:00~16:30	金城学院大学	
関西ブロック 中国・四国ブロック	9/21 (土) 13:00~16:30	甲南女子大学	
九州ブロック	9/28 (土) 13:00~16:30	リファレンスはかた 近代ビル	

- ★ 評価員推薦書とともに、7月31日までに郵送にて事務局までお送りください。
- ★ 評価員推薦書との同封が間に合わない場合は、メール [office@jabne.or.jp](mailto:office@jabne.or.jp) か FAX 03-3526-2437 にて、一般財団法人日本看護学教育評価機構事務局までご返信くださいますようお願い申し上げます。