

平成29年度 性教育セミナー



☆ 別紙申込書の必要項目を記入していただき、下記あてに FAX 送信いただきますようお願いいたします。セミナー開催の有無が決定しましたら、5月末迄にお電話にてご連絡致します。担当講師が決まりましたら、打ち合わせをさせていただきます。ご都合のいい時間帯などありましたら、追記下さい。

☆ 申込受付期間は、平成29年4月3日（月）～5月10日（水）迄です。

☆ 講師料は、看護協会の規定にて講師 1 人 1 時間につき 5 千円（助手は除く）
+交通費（1,000 円）とさせていただきます。

☆ 源泉税は、当協会で源泉徴収を行いますので、差引かずにお支払い願います。
また、講師料の入金方法につきましては、実施後2週間以内に指定口座（下記）へのお振込をお願い致します。

・セミナーに必要な物品の郵送、返送時の費用をご負担していただく場合がございます。

申込書送付先

〒854-0072

長崎県諫早市永昌町23-6

公益社団法人 長崎県看護協会

助産師職能委員会 宛

FAX：0957-49-8056

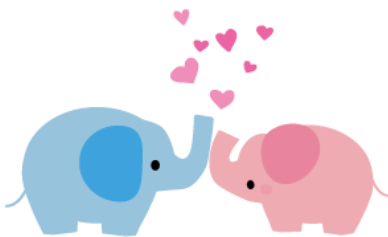
振込先

十八銀行：桜町支店

普通預金：口座番号 0006435

名義：公益社団法人長崎県看護協会

会長 副島都志子



ご質問などありましたら 下記までご連絡ください。

公益社団法人 長崎県看護協会

TEL 0957-49-8050

FAX 0957-49-8056