**申込先**

# 公立大学法人新潟県立看護大学 看護研究交流センター宛

TEL/FAX番号 **0 2 5-5 2 6-2 8 2 2**

e-mail **nirin@niigata-cn.ac.jp**

※申込用紙に記載された個人情報は、本目的以外には利用致しません。

|  |
| --- |
| 第14回上越地域看護研究発表会2023年度地域課題研究発表会申込期間：令和６年8月26日(月)～10月4日(金) |
| ふりがな |  |
| 氏 名 |  |
| 連絡先 | ＊連絡がつく番号をお書きください。（携帯）（電話） |
| 参加方法＊いずれか選択し チェックを入れてください。 | * 会場参加
* オンラインによる参加

＊オンライン参加の方で、抄録集を希望する方には郵送をします。希望する方は郵便番号と住所を記入してください。〒 住所 |
| 上記に加えて* オンデマンド配信を希望

（視聴用のアカウント登録の手続きが別途必要になります）* オンデマンド配信のみを希望

（視聴用のアカウント登録の手続きが別途必要になります） |
| Zoom参加オンデマンド配信をご希望の方 | ＊Zoomアカウント、オンデマンド配信用アカウントをお送りするため、メールアドレスをご記入ください。**メールアドレス** |