

研修会申込書(FAX送付状)

年 月 日

公益社団法人 滋賀県看護協会

訪問看護支援センター あて

TEL 077-564-6708

FAX 077-562-8998

E-mail : svn-shien@shiga-kango.jp

地域での医療的ケア児等への看護の基本講座

Part I 2019年6月2日(日)

Part II 2019年7月7日(日)

Part III 2019年8月18日(日)

標記研修会を下記のとおり申し込みます。

(申し込み締め切り : 5月24日(金))

施設名

担当者名

電話番号

FAX番号

○ できれば3日間ご参加ください。(3日間とも参加可能な方は、すべてに○をしてください。)

○ 看護協会員の方は、当日会員カードをご持参ください。ナースシップへの登録に使用していただきます。

職種	(看護職)会員・非会員		氏名	参加する日に○を記入			備考
	(県会員番号 を記入)	会員番号(6桁)		Part I 6月2日(日)	Part II 7月7日(日)	Part III 8月18日(日)	
	会員・ 非会員						
	会員・ 非会員						
	会員・ 非会員						

講師の先生への質問や特に聞きたい事等がありましたら記入願います。