

新任期保健師研修会申込書

申込み締切日：平成 30 年 6 月 15 日(金)必着 FAX 可

後日受講決定を FAX しますので正確にご記入 下さい。	施設名	
	TEL	
	FAX	
	担当者名	

会員・非会員 (会員の方は県会 員番号を記入)	県協会会員番号 (6桁)	氏名	備考 (保健師経験 年数)	※ 受講決定
会員・非会員		会員・非会員		
会員・非会員		会員・非会員		
会員・非会員		会員・非会員		
会員・非会員		会員・非会員		
会員・非会員		会員・非会員		

※太枠内記入不要

〒525-0032
草津市大路 2 丁目 11-51
公益社団法人 滋賀県看護協会
TEL 077-564-6468
FAX 077-562-8998