

11月12日(月)17:00までに、FAXにてご連絡ください。

送信先 FAX 077-562-8998

公益社団法人 滋賀県看護協会 岡本・黄瀬 宛

平成30年度 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修会

受講申込書

看護職用

標記講習会に、下記のとおり申し込みます。

連絡先	施設名	
	施設住所	〒
	担当者名	
	T E L	
	F A X	

職種 (該当に○を記入)	氏名	生年月日	県会員番号
保・助・看・准		S・H 年 月 日	
保・助・看・准		S・H 年 月 日	
保・助・看・准		S・H 年 月 日	
保・助・看・准		S・H 年 月 日	
保・助・看・准		S・H 年 月 日	
保・助・看・准		S・H 年 月 日	
保・助・看・准		S・H 年 月 日	
保・助・看・准		S・H 年 月 日	

注) 施設名・氏名・生年月日は、修了証に必要ですので正確にご記入下さい。

(必要時、用紙はコピーしてご使用ください。)