

F A X 送信表

送信先 (送付状不要)

公益社団法人滋賀県看護協会 宛

F A X 0 7 7 - 5 6 2 - 8 9 9 8

平成 30 年 2 月 7 日 (水) 開催の**滋賀県統括保健師会議および研修会**に下記のとおり申
込めます。

施設名 : (_____)

電 話 : (_____)

メール : _____

参加者氏名	役 職	会員番号	備考
		(非会員)	
		(非会員)	