

申込書-4

申込先 島根県看護協会事務局行き

FAX 0852-25-3157

申込日	/	申込書 枚数	/
-----	---	-----------	---

研修No.4 新人看護職員卒後フォローアップ研修申込書					
研修日時		令和5年9月28日(木) 13:30~16:30			
施設名					
代表者氏名					
連絡先		住所			
		TEL (当日連絡可能な番号)			
参加方法についてどちらかに○を付して人数・端末台数をご記入ください。					
		1台の端末(パソコン)で複数人参加		人	
		端末(パソコン)台数		台	
		1台の端末で個人で参加 (パソコン・タブレット・スマートフォン)		人	
	島根県看護協会 会員No.	フリガナ 氏名		島根県看護協会 会員No.	フリガナ 氏名
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		
■島根県看護協会会員番号・氏名(フリガナ)を記入してください。 非会員の方は会員番号の欄に斜線をひいてください。					
申込締切 8/1(土)					