申込先 **島根県看護協会事務局行き**

FAX 0852−25−3157

E-mail：kenshuu@shimane-kango.or.jp

受講料施設振込連絡表

受講料を施設で取りまとめて振込される場合は FAX またはメールで本紙を送信ください。

振込月日	振込名義人
担当者	連絡先電話番号
	— —

研修№	研修名

受講者氏名	受講料金額	受講者氏名	受講料金額
振込合計金額 ＿＿＿＿＿＿円　受講者 ＿＿＿＿人分			

《振込先》山陰合同銀行　本店　（普）３１９５１６３

シャ）シマネケンカンゴキョウカイ

公益社団法人 島根県看護協会