

FAX 019(625)7637

岩手県看護連盟
会長 山下キヌ行

岩手県看護連盟研修会参加申込書（個人用）

研修会名：「」

開催日：令和 年 月 日（ ）

氏 名：_____

電話番号：_____

※送信票は不要です。このままお送り下さい。
(研修会名・開催日をご記入下さい)