

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（施設用）

研修会名：「 _____ 」

開催日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）

施設名 _____

電話番号 _____

参加者氏名	職種	参加者氏名	職種
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

※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）