岩手県看護連盟

会長　小 林 長 子　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）