

FAX 019(625)7637

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)