

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（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）