

別紙

添書き不要

F A X 0244-22-8853 南相馬市立総合病院 枘谷拓郎 行

申込年月日 令和6年 月 日

施設名 _____

代表者メールアドレス _____

施設代表者名 _____

令和6年度 福島県看護協会 相双支部研修会 参加申込書

No	県看護協会 会員番号	氏名	職種	会員	備考
1			保・助・看・准	会員・非会員	
2			保・助・看・准	会員・非会員	
3			保・助・看・准	会員・非会員	
4			保・助・看・准	会員・非会員	
5			保・助・看・准	会員・非会員	
6			保・助・看・准	会員・非会員	
7			保・助・看・准	会員・非会員	
8			保・助・看・准	会員・非会員	
9			保・助・看・准	会員・非会員	
10			保・助・看・准	会員・非会員	
11			保・助・看・准	会員・非会員	
12			保・助・看・准	会員・非会員	
13			保・助・看・准	会員・非会員	
14			保・助・看・准	会員・非会員	
15			保・助・看・准	会員・非会員	

*令和6年8月19日(月)までFAXにてご返事をお願いします。

*相双支部役員・委員は、備考欄にその旨を記入してください。

*15名以上の時はこの用紙をコピーしてお使いください。