

別紙

回答書に添書は不要です

## 令和7年度県南支部 懇談会申込書

施設名 \_\_\_\_\_

看護職責任者役職名 \_\_\_\_\_

看護職責任者氏名 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

参加者氏名（\* 県南支部役員・委員の方も、ご記入ください）

	氏名（フリガナ）	役職
1		
2		
3		
4		
5		

申し込み締め切り 令和7年8月22日（金）必着

### 【送付先】

県南支部長 吉田 ミツエ

JA 福島厚生連 塙厚生病院

〒963-5493 福島県東白川郡塙町大字塙字大町 1-5

TEL 0247-43-1145

FAX 0247-43-3394

（事務担当 JA 福島厚生連 塙厚生病院 渡部 静香 TEL 0247-43-1145）