

別紙

添書き不要

F A X 0244-22-8853 南相馬市立総合病院 枡谷拓郎 行

申込年月日 令和 7 年 月 日

施設名

代表者メールアドレス

施設代表者名

令和 7 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 7 年 10 月 20 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。