

令和 7 年度県南支部研修会申込書

施設名 _____

看護職責任者役職名 _____ 看護職責任者氏名 _____

FAX 番号 _____ Email _____

1. 参加者氏名（＊県南支部役員・委員の方も、ご記入ください）

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

申し込み締め切り令和 7 年 10 月 1 日（水）必着

【送付先】

県南支部長 吉田 ミツエ

〒 963-5493 福島県東白川郡塙町塙字大町 1 丁目5番地

TEL 0247-43-1145 FAX 0247-43-3394

（ 事務担当 塙厚生病院 渡部 静香 TEL 0247-43-1145）