

令和 7 年度県南支部看護研究発表会申込書

御施設名

mail アドレス

会員参加者氏名（役員・委員の方も記入をお願いします。）

| | 参加者名 |
|---|------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |

非会員参加者氏名

| | 参加者名 |
|---|------|
| 1 | |
| 2 | |

申し込み締め切り令和 7 年 11 月 28 日（金）必着

※ 定員を上回る場合は、事務局で人数を調整させていただきます。

【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 丁目 5 番地

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