

訪問看護サポートセンター研修申し込み用紙

佐賀県看護協会 訪問看護サポートセンター 宛

FAX 0952-29-7680

施設名 _____

申し込み 月 日

*必ず希望者全員の氏名をご記入ください。

No	研修テーマ	氏名	職種	看護協会会員・ 非会員の有無
1				会員・非会員
2				会員・非会員
3				会員・非会員
4				会員・非会員
5				会員・非会員

施設の住所 _____

TEL _____ FAX _____

連絡時窓口になる方 氏名 (_____)

*欠席時の確認その他で必要となりますので記入をお願いします。

問い合わせ先 電話 0952-29-7633(井手・笠原)