佐賀県訪問看護サポートセンター研修　申込書

佐賀県訪問看護サポートセンター　宛

　**FAX　０９５２－２９－７６８０**

日　時　　令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～

※日時はご自身でご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 参加希望者氏名 | 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 |

　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　＊必ず希望者全員の氏名をご記入ください。

施設名

施設住所

TEL　　　　　　　　　　　　FAX

連絡時窓口になる方　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　**※研修会欠席については、前日（17：15）までに電話連絡をお願いします。**

**当日の連絡は不要です。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 問い合わせ先　電話　0952-57-5033