

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 () : ~

※日時をご自身でご記入ください

記入日 令和 年 月 日

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

*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