令和６年度　山形県看護協会置賜支部　第１回研修会参加申込書

送付先：山形県看護協会置賜支部　公立高畠病院　外来　大河原智恵子行き

E-mail：takahp10@cat.omn.ne.jp　　　TEL 0238-52-1500　Fax 0238-52-1515

申し込み締め切り：令和６年　８月　２日（金）

研修会開催日　　：令和６年　９月１８日（水）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

TEL　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　メールアドレス

参加者はメールでお申し込み下さい

＊参加者が山形県看護協会、会員か非会員か

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 会員・非会員 |
| 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 |
| 6 |  | 会員・非会員 |
| 7 |  | 会員・非会員 |
| 8 |  | 会員・非会員 |
| 9 |  | 会員・非会員 |
| 10 |  | 会員・非会員 |

　　＊申し込み後に、欠席・変更等ありましたら上記連絡先に必ずご連絡ください。

通信欄

