

平成 27 年度 三職能交流会

FAX 078-361-6652 *送付状をつけないでこのまま送信ください。

施設名	
施設代表者名	
電話番号	
FAX 番号	

*個人会員の方は、上の表に電話番号を記載下さい。

申 込 者

	氏 名	職能 (○印で)	兵庫県看護協会会員番号 (非会員は明記)
1		保・助・看・准	
2		保・助・看・准	
3		保・助・看・准	
4		保・助・看・准	
5		保・助・看・准	

*個人情報の保護については、当協会の規定に基づき適切に行います。研修申込に際して
いただいた情報は研修の目的以外には使用いたしません。

申込期限：10月9日（金）17時必着

FAX：078-361-6652
(送付状をつけないでこのまま送信下さいませ。)