

(公 印 省 略)
公社兵看協発第 1014 号
平成 31 年 1 月 29 日

施設長 様
看護部長 様
会員代表者様
会 員 各 位

公益社団法人兵庫県看護協会阪神南支部
支部代表 木戸 泰子

平成 30 年度兵庫県看護協会阪神南支部
災害支援ナース研修会開催について（ご案内）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
日頃より、当協会支部活動につきまして、深いご理解とご支援を賜り心より厚くお礼申し上げます。
この度、標記の会を下記のとおり開催致します。
つきましては、貴施設の会員各位への周知ならびに多数のご参加をくださいますようお願い致します。

記

1. 日 時 平成 31 年 3 月 13 日（水） 14：00～17：00
（受付 13：30～）
2. 会 場 明和病院 南館 5 F 明和ホール西
西宮市上鳴尾町 4-31
TEL：0798-47-1767
3. ね ら い 被災時の情報共有の意味を理解し、必要な情報を選択できる。
4. 対 象 者 看護職（会員・非会員）災害支援ナースを問わない
5. 定 員 30 名
6. 受 講 料 無料
7. 申込締切 平成 31 年 3 月 4 日（月） 17 時必着
8. 申込方法 裏面にご記入の上、FAXでお申し込み下さい。
送信先：FAX（078）361-6652（※送信票不要）

お問い合わせ先：兵庫県看護協会 支部担当事務
電話 078-341-0190 / FAX 078-361-6652

兵庫県看護協会 支部担当 宛
FAX：078-361-6652
(※この用紙のみ送付してください)

**平成30年度兵庫県看護協会阪神南支部
災害支援ナース研修会参加申込書**

日 時： 平成31年3月13日（水）14：00～17：00
会 場： 明和病院 南館5F 明和ホール西

施設名 _____

担当者名 _____

電話・FAX _____

※個人会員の方は参加者欄と連絡先をご記入ください。

参加者

	ふりがな 氏 名	職種	該当するものに ○をして下さい	災害支援ナース の有無	兵庫県看護協会会員番号 (6桁)
1			会員・非会員	有・無	
2			会員・非会員	有・無	
3			会員・非会員	有・無	
4			会員・非会員	有・無	
5			会員・非会員	有・無	
6			会員・非会員	有・無	
7			会員・非会員	有・無	
8			会員・非会員	有・無	

参加申し込み多数の場合はコピーしてご使用ください。申込締切：平成31年3月4日（月）17時必着
個人情報の取り扱いについて：当協会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行い
ます。研修申込に際して得た個人情報は、研修会の運営のために用い、これ以外の目的で利用しません。