

別紙

「病院・施設・地域で働く看護職員等の交流会」参加申込書

長崎県看護協会看護師職能委員会担当 あて

施設名 _____

申込代表者 _____

連絡先（電話） _____

NO	氏名	所属・職名	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

申込期限：平成27年10月30日（金）

長崎県看護協会総務部（看護師職能委員会）宛

FAX：0957-49-8056