

別紙

平成27年度 保健師職能交流集会 参加申込書

長崎県看護協会保健師職能委員会担当 あて

施設名 _____

申込代表者 _____

連絡先（電話） _____

No	氏名	所属・職名	参加希望欄に○を、分科会については、 参加希望分科会の番号を記入		会員・非会員 (どちらかに○)
			映画 「1000 年後の未来 へ」	分科会 ①災害時の保健師活動 ②保健師活動指針 ③小児の在宅医療 ④ストレスチェック ⑤地域包括支援センターの 保健師活動	
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28年1月8日（金）

申込先：長崎県看護協会事務局（保健師職能委員会）まで

FAX：0957-49-8056