

2019年度 長崎県看護協会通常総会 参加申込書

No.	氏 名	県会員番号	No.	氏 名	県会員番号
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

年 月 日

施設名 _____

申込責任者 _____

※準備の都合上、6月7日(金)までに、長崎県看護協会総務部へFAXまたは郵送でお送りください。

(FAX 0957-49-8056)

※不足の場合は、コピーしてお使いください。