**県南支部 会員交流会等 ≪申込書１≫**

**＊下記については、記入漏れがないようにお願いします。**

**参加研修名： 月 日開催 　県南支部（　　　 　 　 ）**

**申込日 ： 年 　 月 　 日**

**申込施設名：施設名　　　　　　　　　　　　　　担当者 様**

**Tel Fax**

**開催場所：長崎県看護協会 長崎会館５階研修室（魚の町3-28）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　名 | 県会員番号 | 経験年数職　　位 | メールアドレス | 職 種 別 |
| 1 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 2 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( )  |
|  |
| 3 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 4 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 5 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 6 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 7 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 8 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 9 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |
| 10 |  |  |  |  | 保・助・看・准その他( ) |
|  |

**TEL 095-820-3033　メール kangokennan@live.jp**

**長崎県看護協会県南支部へ、メール添付にてお申込みください**

**メール　kangokennan@live.jp**