**県南支部 研修会 ≪申込書２≫**

**＊下記については、記入漏れがないようにお願いします。FAX送信表は不要です。本票のみFAXください。**

**研修会名： 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）**

**TEL 095-820-3033 FAX 095-820-3116　メール kangokennan@live.jp**

会員番号の記入がない方は、非会員と判断させていただきます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏 名 | 県協会会員番号 | 経験年数職　　位 | メールアドレス | № | 氏 名 | 県協会会員番号 | 経験年数職　　位 | メールアドレス |
| 1 |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  |
|  |  |
| 5 |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |
|  |  |

※必ずご記入をお願い致します。

**≪受講料振込状況≫**

 **≪振込先≫**

振込名義人 **十八親和銀行 桜町支店（普）0044397**

 **公益社団法人長崎県看護協会**

 振込月日 年 月 日  **県南支部**

 **支部長**

 受講料 円× 人分＝計 円

**長崎県看護協会県南支部 行　　FAX 095-820-3116**

**メール　kangokennan@live.jp**