**県南支部 会員交流会等 ≪申込書１≫**

**＊WORDデータに漏れなく記載し、メール添付にてお申込みください。**

**データ添付に不具合がある場合、下記をメール本文に記載してお申込みください。**

**➀ 参加研修　開催月日、研修名　　② 所属施設名　　③ 申込担当者名**

**④ ご連絡先電話番号　⑤ 受講者氏名　⑥ 会員番号　⑦ 経験年数　⑧ 職位**

**⑨ 受講メールアドレス　⑩ 職種**

**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( ) |
|  |

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

**長崎県看護協会県南支部　宛**

**メール　kangokennan@live.jp**