**県南支部 有料交流会等 ≪申込書２≫**

**＊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 参加事業　開催月日、事業名　　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**

**参加事業名： 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**

**お問合せ：長崎県看護協会 県南支部事務局**

**TEL 095-820-3033 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 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  |
|  |  |

※必ずご記入をお願いいたします。

**≪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 宛　 メール　kangokennan@live.jp**