参加申込書

医療的ケアが必要な在宅小児等に対する支援事業　研修会

申込先：公益社団法人長崎県看護協会　総務部

〒854-0072諫早市永昌町23番6号

FAX：0957-49-8056／E-mail:kaihatsu@nagasaki-nurse.or.jp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 参加者氏名 | 職　種 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |

　申込日　令和　　　年　　　月　　　日

◆申込責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス※必須 |  |
| ※オンライン変更の可能性もあるため、メールアドレスをご記入ください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修No. |  | 研修日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 研修名 |  |

　※参加を希望する研修毎にお申し込みください。

　※申込締切は、開催日の3週間前までです。