山口県看護協会

(教育研修・事業課)

**FAX　0835 – 24 – 1230**

［TEL　0835 – 28 –7512］

施設名

担当名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

**『保健師職能集会』参加申込書**

**保健師**

　　　　　開催日：平成29年6月24日（土）

締切日：平成29年6月9日（金）

|  |
| --- |
| 施設名（施設No.　　　　　　） |
| No. | 氏　名 | 29年度入会状況 | 職　能 | 連絡欄 |
|  |  | ・会員[No　　　　　　　]・非会員 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※該当に○またはご記入ください。

　会員№は、6桁の県会員番号をご記入ください。

山口県看護協会

(教育研修・事業課)

**FAX　0835 – 24 – 1230**

［TEL　0835 – 28 – 7512］

山口県看護協会（事業課）

**FAX　0835 – 24 – 1230**

TEL　0835　–　24　–　5791

施設名

担当名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

 **『助産師職能集会』参加申込書**

**助産師保健師**

開催日 ： 平成29年6月24日（土）

　　 締切日 ： 平成29年6月 9日　（金）

|  |
| --- |
| 施設名（施設No.　　　　　　） |
| No. | 氏　名 | 29年度入会状況 | 職　能 | 連絡欄 |
|  |  | ・会員[No　　　　　　　]・非会員 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※該当に○またはご記入ください。

　会員№は、6桁の県会員番号をご記入ください。

山口県看護協会

(教育研修・事業課)

**FAX　0835 – 24 – 1230**

［TEL　0835 – 28 –7512］

山口県看護協会（事業課）

**FAX　0835 – 24 – 1230**

TEL　0835　–　24　–　5791

（事業係）

FAX　山口県看護協会0835　–　24　–　1230

TEL　0835　–　24　–　5853

施設名

担当名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

 看護師職能集会参加申込書

**看護師助産師保健師**

 開催日：平成29年6月24日 (土）

締切日：平成29年6月9日（金）

|  |
| --- |
| 施設名（施設No.　　　　　　） |
| No. | 氏　名 | 29年度入会状況 | 職　能 | 連絡欄 |
|  |  | ・会員[No　　　　　　　]・非会員 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※該当に○またはご記入ください。

会員№は、6桁の県会員番号をご記入ください。

申込書が足りない場合は、コピーをしてご利用ください。