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**

※原則1日申込みとしますが、午後のみ、午前のみも可能です。その場合は

連絡欄にご記入下さい。

**保健師**

開催日：平成30年7月 1日（日）

　 　　　 　　　 　　　　締切日：**平成30年6月27日（水）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名（施設No.　　　　　　） | | | | | |
| No. | 会員の方 | 会員以外 | 氏名 | 職能 | 連絡欄 |
| 会員番号（6桁）をご記入下さい |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※該当に○またはご記入ください。