様式1

**山口県看護協会　金子**

**FAX　0835　–　24　–　1230**

TEL　0835　－24－5790

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

**◆2019年度『医療従事者のWLBインデックス調査』参加申込◆**

**＊申込期限 : 2019年5月7日（火）**

**2019年度『医療従事者のWLBインデックス調査』への参加を希望します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **設置主体** |  |
| **施設名** |  |
| **郵便番号・住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **看護管理者****職位****氏名・ふりがな** |  |