山口県看護協会

(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：令和元年6月 22日（土）

　 　　　 　　　 　　　　　 締切日：令和元年6月　7日（金）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名（施設No.　　　　　　） | | | | | |
| No | 会員の方 | 会員以外 | 氏名 | 職能 | 経験年数 |
| 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。