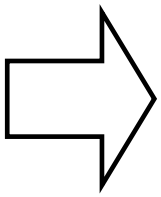
施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL（　　）　　―＿＿＿＿＿＿＿＿



公益社団法人　山口県看護協会
事業課

FAX　0835 -24- 1230
TEL　0835　－28－7512

R元　HP

◆令和元年度 第1回准看護師研修交流会◆

＊開催日時：令和元年 10 月 19 日(土)　13:30～16:20　受付 13:00～

＊参加対象：准看護師、准看護学生、看護学校教員等（会員・非会員を問わず参加できます）

＊申込期限：令和元年 10 月 4 日(金)

施設No.	施設名　：
施設住所　：　〒　　－	TEL　　－　　－ FAX　　－　　－

※会員または非会員に丸印をつけてください。

・会　員 ・非会員	会員 No.	氏　　名	職　　能		職位
			准看護師	その他 （職能を記入）	
・会　員 ・非会員					
・会　員 ・非会員					
・会　員 ・非会員					
・会　員 ・非会員					
・会　員 ・非会員					