

# 宮城看護学会学術集会参加申込書

(施設ごとにまとめて申し込んでください。添書は不要です)

平成 年 月 日 申込

研修番号	3110			開催日	平成29年11月25日(土)						
研修名	宮城看護学会第12回学術集会										
所属施設名								施設番号			
申込責任者氏名	(ご自身も受講希望の場合は下記受講者名簿にも記入してください)										
住所	〒										
電話番号					FAX番号						
番号	受講者名	職位	経験年数	職能(○で囲む)	入会(○で囲む) 会員 非会員	県協会会員番号(6桁)					
1				保 助 看 准	会員 非会員						
2				保 助 看 准	会員 非会員						
3				保 助 看 准	会員 非会員						
4				保 助 看 准	会員 非会員						
5				保 助 看 准	会員 非会員						
6				保 助 看 准	会員 非会員						
7				保 助 看 准	会員 非会員						
8				保 助 看 准	会員 非会員						
9				保 助 看 准	会員 非会員						
10				保 助 看 准	会員 非会員						

公益社団法人宮城県看護協会

**参加申込期間:平成29年10月2日(月)~10月20日(金)**

【申込先】

宮城県看護協会教育部宛に FAXもしくは郵送にて申し込みください。

**FAX番号 022-276-4724**

〒 980-0871 仙台市青葉区八幡二丁目10-19