

あて先 宮城県看護協会 ナースセンター 宛 FAX 022-272-7801	送信日 平成29年 月 日
送信元 施設名 _____ TEL _____ FAX _____	

平成29年度看護職のワークライフバランス推進ワークショップ

※昼食は持参願います。もし、希望する場合はお弁当の注文をしますので申込用紙にご記入ください。お弁当代（800円（税込））は、当日受付にてお支払いいただきますようお願いいたします。

なお、キャンセルは8月29日までにご連絡ください。連絡がなかった場合は、お弁当代をお支払いいただきますのでご了承ください。

参加者氏名及びお弁当申込書（9月1日）

氏名	職種	職位	お弁当申込

※お弁当申込欄に○印をつけて下さい。

※8月18日（金）までにご返信下さいますようお願いいたします。