

FAX : 022-276-4724

『コロナ禍における看護職連携を考える会』申込

(医療機関等の看護管理機能向上支援研修Ⅰ)

月 日申込

施設名				施設 No				
申込者	氏名		所属 役職					
	(ご自身も参加される場合は下の参加者名簿にも記載下さい。)							
住所								
電話番号				FAX				

○参加者名簿 (不足する場合はコピーして下さい。)

	参加者名	職位	経験 年数	職能	入会	参加希望方法	
						協会参集	施設内
1					会員 非会員		
2					会員 非会員		
3					会員 非会員		
4					会員 非会員		
5					会員 非会員		
6					会員 非会員		
7					会員 非会員		
8					会員 非会員		