**FAX 045-263-2802**

神奈川県看護連盟事務局　宛て

**会員交流会　９月２９日（日）　参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏 名** | |  |
| **連盟会員ＮＯ** | |  |
| **連絡先** | **所属施設名** |  |
| **住 所** |  |
| **ＴＥＬ** |  |
| **携 帯** |  |
| **ＦＡＸ** |  |

＊お申し込みは、1枚につきお一人のみでお願いします。

＊郵送かＦＡＸでお申し込みください

＊ご記入いただいた情報は、会員交流会の参加にかかることにのみ使用し、 それ以外には使用いたしません。

〒231-0037

　　　　　　　　横浜市中区富士見町２－６コルニッシュ横浜２Ｆ

神奈川県看護連盟　事務局

　TEL　045-263-2801　FAX　045-263-2802

**※申込締切日　８月２３日(金)まで**