

(FAX送信用)

日付 令和元年 月 日

神奈川県看護連盟 県西支部研修（基礎研修）参加申込書

施設名： _____

住所： _____

TEL： _____

FAX： _____

	氏 名	職 種	該当する箇所に○をつけて下さい
1			会員・非会員
2			会員・非会員

※申込締切 8月30日(金)まで

東海大学医学部付属病院看護部：小泉秀子・岩田ひとみ

FAX番号：0463-93-2243

*本研修申込書は、この研修以外の目的で使用することはありません