

令和4年度 「看護記録」 研修申込書 <会場参加者用>

施設名 { }

TEL { }

連絡責任者 { }

参加人数 { 名 }

締切 令和 4年 8月 19日 (金) 必着

FAX送信先 鹿児島県看護連盟 099-219-5336

鹿児島県看護連盟会員・非会員に必ず○をつけて下さい

氏名	連盟会員 非会員	氏名	連盟会員 非会員
	連盟会員 非会員		連盟会員 非会員
	連盟会員 非会員		連盟会員 非会員
	連盟会員 非会員		連盟会員 非会員
	連盟会員 非会員		連盟会員 非会員
	連盟会員 非会員		連盟会員 非会員

*氏名等は、正確に丁寧に記入ください。

*本研修会申込書は研修調整を目的としており、それ以外の目的では使用いたしません。

*宇都先生への質問を事前に受け付けます。

質問事項 (質問者氏名)

*記名、無記名でも構いません