岩手県看護連盟　会長　小 林 長 子　行

**岩手県看護連盟研修会参加申込書（施設用）**

**研修会名：「　　　　　　　　　　 　　　　　　」**

　　開催日：令和　　　年　　　　月　　　　日（　　）

施 設 名

電話番号　　　　　－　　　　　－

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 職 種 | 参加者氏名 | 職 種 |
|  1 |  |  | 11 |  |  |
|  2 |  |  | 12 |  |  |
|  3 |  |  | 13 |  |  |
|  4 |  |  | 14 |  |  |
|  5 |  |  | 15 |  |  |
|  6 |  |  | 16 |  |  |
|  7 |  |  | 17 |  |  |
|  8 |  |  | 18 |  |  |
|  9 |  |  | 19 |  |  |
| 10 |  |  | 20 |  |  |

※送信票は不要です。このままお送り下さい。（研修会名・開催日をご記入下さい）