**申込者**

**申込先**

送付先

**施設名**

**氏名**

**TEL （　　　 　　　）　　　　　―**

**山口県看護協会（事業課）**

**FAX　0835　–　24　– 1230**

**TEL　0835　–　28　–　7512**

**e-mail jigyou@y-kango.or.jp**

　平成27年度　山口県看護協会看護師職能Ⅱ

「介護・福祉関係施設・在宅領域看護職交流会」申込書

＊開催日時 : 平成28年2月　6日（土）　13：00～16:00

＊申 込 : 平成28年1月15日（金）まで、 FAXまたは、e-mailでお申込みください。

＊看護職100名を募集します。参加料は無料です。下記に申込者の連絡先等ご記入ください。

|  |
| --- |
| 施 設 名  施設住所  連 絡 先　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **参加者氏名** | **職　能**  **〔該当に○をつけてください〕** | **看護協会入会の有無**  **〔該当に○をつけてください〕** |
| **1** |  | **看護師・准看護師・保健師・助産師** | **会員　・　非会員** |
| **2** |  | **看護師・准看護師・保健師・助産師** | **会員　・　非会員** |
| **3** |  | **看護師・准看護師・保健師・助産師** | **会員　・　非会員** |
| **4** |  | **看護師・准看護師・保健師・助産師** | **会員　・　非会員** |
| **5** |  | **看護師・准看護師・保健師・助産師** | **会員　・　非会員** |
| **連絡事項等** | | | |

**◆参加申込者◆**

※運営の都合により、受講人数等の制限させていただく場合もありますことをご了承ください。