参加申込票

必要事項をご記入のうえ、FAXまたはお電話でお申し込み下さい。
【申込先】**公益社団法人岩手県看護協会内**
岩手県訪問看護総合支援センター
FAX：０１９－６６２－９５５０
TEL：０１９－６６２－８２１３

●個人参加の場合

氏名（ふりがな）	
所属施設 ※所属がない場合は「なし」と記入	
連絡先	TEL:
	Mail:

●団体参加の場合

団体名		参加総数	名
参加者	所属	氏名（ふりがな）	
連絡先	担当者		
	TEL:	Mail:	