**固定チームナーシング研修会参加申し込み用紙**

送信先　Ｅ‐mail： chu5-shikoku@koteti.com

　　　　FAX：　　0855－28－0538

施設名：

申し込み代表者：　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

希望会場：**Ａ会場・Ｂ会場**　←どちらかに〇をしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 役割 | 部署（診療科、機能など） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

足りない場合はコピーしてお使いください。