

「固定チームナーシング研究会第16回鹿児島地方会」参加申込用紙

1. FAX もしくはメールでお申し込みください。

FAX : 099-259-1694 (鹿児島市医師会病院 代表)

E-mail : k-waki@city.kagoshima.med.or.jp

固定チームナーシング研究会第16回鹿児島地方会事務局 脇 和代宛

2. 申し込み締め切り : 令和6年11月8日(金)

3. 会費の領収書が必要な施設は代表の方に発行します。どちらかに○印をしてください。

必要                  不要

4. 申し込み代表者 :

施設名 :

	職 種 看護師・介護士・看護補助者	氏 名		職 種 看護師・介護士・看護補助者	氏 名
1			13		
2			14		
3			15		
4			16		
5			17		
6			18		
7			19		
8			20		
9			21		
10			22		
11			23		
12			24		