（福岡県医師会員用）

別　　紙

福岡県訪問看護ステーション連絡協議会
平成２９年度ブロック別研修会（参加申込）

参加研修会　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ブロック

所属医師会　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師会

所属医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【申込先】
福岡県訪問看護ステーション連絡協議会　事務局宛
ＦＡＸ：０９２－４１１－６８５８