

(会員事業所用)

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

【参加研修会】 北九州 ・ 福岡 ・ 筑豊 ブロック

※参加希望の会場に「○」をお願いします。

【参加者】

参加者氏名	職 種

※記入欄が不足する場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。

※複数の研修会に参加希望の際も、研修会ごとに本用紙をコピーしご送付ください。

事業所名称： _____

ご担当者氏名： _____

ご連絡先： _____

【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