

送信票は不要です。このままお送りください

送信先	あて先	青森県看護協会 総務課 藤田 行き
	FAX 番号	017-735-3836

外来看護師の在宅療養支援に関する事例検討会 申込用紙

施設名	
申込担当者	
電話番号	() -
区 分	①病 院 ②診療所 ③その他 ()

※ 区分の欄には、所属施設の該当する番号に○印をつけてください。

No	氏 名	職 種	青森県看護協会 会員情報
		(<input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください)	
1		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
2		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
3		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員

締め切り：令和3年8月27日（金）