**平成２８年度　　　　　　　職能集会出席申込書**

　　　　　　　　　　　　平成２８年　　月　　日

公益社団法人新潟県看護協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込責任者

**※必ず各職能ごとにお申込みください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 県会員№  または非会員 | 氏　　　　名 | 職種 | 備　　　　　考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　締め切り　５月２０日（金）必着

* 申込用紙が不足の場合は、コピーしてご使用ください。
* 保健師職能集会で、講師に質問がありましたら、あわせてお聞かせください。

　（日頃の取り組みで困っている事や悩んでいる事で講師にお聞きしたい事でも結構です）

|  |
| --- |
| 申込先　　〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11  　　　　　新潟県看護協会　職能集会係  　　　　　　TEL ０２５－２６５－１２２５ |