**申　　込　　書**

**送信先◆ＦＡＸ：０９７－５４５－３７５１（大分県看護協会 事業部）**

**＊申込締切：２０２１年３月２５日（木）まで**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事 業 名 | **２０２１（令和３）年度施設代表者会議** | | |
| 開 催 日 | **２０２１　年　4　月　１７　日（土）** | | |
| 施 設 名 |  | | |
| 看 護 職 代表者名 |  | 連絡先 | **TEL**（　　　）　　　 ―  **FAX**（　　　）　　　 ― |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※FAX番号を必ずご記入ください！！

＊該当するものに○印をつけてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 会員 | 非会員 | 大分県会員番号  （必須記入） | 職能  （該当に○） | 出　席  (該当に○) | |
| 特別講演 | 事業説明等 |
| １ |  |  |  |  | 看・准  保・助 |  |  |
| ２ |  |  |  |  | 看・准  保・助 |  |  |
| ３ |  |  |  |  | 看・准  保・助 |  |  |

＊楷書ではっきりと、すべての項目に記入してください。

＊会員（県会員番号）非会員の欄は必ず記入してください。

＊申込みに際して得た個人情報は、他の目的には使用しません。