**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。