**参　加　申　込　書**

**送信先◆ＦＡＸ：０９７－５４５－３７５１（大分県看護協会 事業部）**

**＊申込締切：平成２９年４月末日まで**

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 名 | **平成２９年度「看護の日・看護週間事業」　看護フォーラム** |
| 開 催 日 | 　**平成　２９　年　５　月　１４　日** |
| 施 設 名 | 　 |
| 看 護 職代表者名 | 　 | 連絡先 | ＴＥＬ （　　　　）　　 ― |

＊該当するものに○印をつけてください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 会員 | 非会員 | 県協会会員番号（会員の方必須記入） | 職能（該当に○） | 備　考 |
| １ |  |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ２ |  |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ３ |  |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ４ |  |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ５ |  |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ６ |  |  |  |  | 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。