**申　　込　　書**

**送信先◆ＦＡＸ：０９７－５４５－３７５１（大分県看護協会 事業部）**

**＊申込締切：２０２４年７月１２日（金）まで**

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 名 | **２０２４年度災害支援ナース等交流会** |
| 開 催 日 | **２０２４年７月２５日（木）　9:30～12:00** |
| 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（災害支援の経験：該当に○） | 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○） | 他職種（記入） |
|
| １ | （災害支援の経験　有・無） |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ２ | （災害支援の経験　有・無） |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ３ | （災害支援の経験　有・無） |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ４ | （災害支援の経験　有・無） |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ５ | （災害支援の経験　有・無） |  |  |  | 看・准保・助 |  |
| ６ | （災害支援の経験　有・無） |  |  |  | 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、他の目的には使用いたしません。