|  |
| --- |
| FAX送信用紙（かがみ不要。この用紙のみ送信して下さい） |
| 送信先：宮崎県看護協会　　FAX：0985‐58‐2939 |
| ※ 本申込書の受付け後、協会から返信FAXします。 |
| お手元に届かない場合はお電話でお問い合わせください。 |

**2019年度宮崎県リスクマネジャー交流会　申込書**

**開催日：令和元年１２月１４日(土)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設名** | | **TEL** | |
| **申込み責任者** | | **FAX** | |
| **氏　　名**  **（優先順に記入）** | **宮崎県看護協会**  **会員番号**  **※非会員は「非」と記入** | **職　　種** | |
| **看護職の方は**  **該当に○をつける** | **看護職以外の方は**  **職種を記入** |
| 1． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 2． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 3． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 4． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 5． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 6． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 7． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 8． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 9． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |
| 10． |  | ・保　・助　・看　・准看 |  |

* **締め切り：令和元年 10月1日(火) 16時**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ♦協会からの回答・返信欄 | | |  |  |  |  |  |
|  | □ 申込書を受け付けました。キャンセルは、必ずお知らせ下さい。 | | | | | | | |
|  | （返信欄） | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 担当（　　　　　　　　　　） | | |