**令和２年度 宮崎県看護研究学会　参加申込書**

※Web配信は、会員施設単位のお申込みのみ（1施設につき接続できる機器は1台のみ）とさせていただきます。

**送信先：宮崎県看護協会　FAX番号：０９８５‐５８‐２９３９**

申込月日：　　　月　　　日（　　　）　**FAX締切：１月２９日(金)１６時００分**

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 連絡者名 |  |
| 連 絡 先 | TEL | **FAX（返信しますので必ずご記入ください）** |

* **研究発表者の方（口演発表・誌上発表ともに）は名前の前に○印をつけてください**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 参加者氏名（発表者は○印） | 会員（番号記入） | 非会員 | 参加方法 | ＊協会　返信欄 |
| 会場 | WEB |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |