**令和４年度 まちの保健室協力員等4地区合同研修会　申込書**

* FAXでお申し込みください。

**FAX番号：098５-５８-２９３９**（かがみ不要。申込書のみ送付してください）

* 申込書の各欄に正確に記入、または該当する項目に○印をつけてください。
* 申込み期限　令和４年　８月１５日（月）まで

　　　　 申込日：令和　４年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 研修名：**令和４年度　まちの保健室協力員等４地区合同研修会**  **（宮崎・東諸県、西都・児湯、都城・北諸県、えびの・西諸県）** |
| 開催日時：令和４年９月３日（土）　１３時２0分～1６時１０分　（受付１３：００～） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設名 | |  | | | | | |
| 申込み責任者： | | | | TEL： | | | |
| FAX：（返信に必要となります）  ※FAXが無い場合は、メールアドレス： | | | |
| NO | 氏　名 | | 職　種  ※いずれかに〇をつけてください | | 宮崎県看護協会  入会の有無 | | |
| 会員  №を記入 | 手続中 | 非会員 |
| １ |  | | 保　 助　 看 　准 | |  |  |  |
| ２ |  | | 保 　助 　看　 准 | |  |  |  |
| ３ |  | | 保 　助 　看　 准 | |  |  |  |
| ４ |  | | 保 　助 　看　 准 | |  |  |  |

※８月２２日(月)までに看護協会からFAX（またはメール）にて下記を返信致します。

☐ 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。キャンセルは、必ずお知らせください。

　 プログラムに記載している～参加者へのお願い～をお読みになってご参加ください。

　　担当（　事業部　日髙　）