**送信票**

送信先（送信かがみ不要）

**ＦＡＸ：０９８３－４２－１１４８**

　　　鶴田病院　関原昭吾（看護部長）　宛

　西都・児湯地区施設代表者会議　　令和5年7月7日（金）開催

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 代表者名 |  |
| TEL |  |
| E-mail |  |

　　　　　　　　□　出席　　　　　　□　欠席

※会議を欠席される場合も代表者名、メールアドレス等をご記入いただき送信をお願いいたします。

出席者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 参加者 | 会員 | 非会員 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※社会情勢等により、開催方法を変更する場合があります。

　変更になる場合は、メール等でご連絡いたします。

**申込み期限　令和5年6月23日（金）１７：００まで**