＜送付先＞　FAX　：　029-232-8648　　　茨城県看護連盟　薄井行

　　　　　　※送付状は不要です。【申込期限】　7月1日必着

**2024年度茨城県看護連盟・茨城県看護協会合同研修会申込書**

■施設名

■代表者名

■連絡先ＴＥＬ

■施設メールアドレス

■参加者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 当日の受講方法※いずれかに○ |
| 集合 | オンライン |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

★オンライン　Zoom配信希望者には、研修会２日前までにご記入のメールアドレス宛に　研修資料（ある場合）、ZoomID　及び　パスコードを連絡いたします

■申し込み先

茨城県看護連盟

FAXでのお申込み　　　029-232-8648