

<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

No.	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