



滋賀県看護連盟

研修会出席申込書

研修会名 : _____

日 時 : _____

施 設 名	
施設電話番号	
担当者氏名	

下記の者が受講いたします

No.	氏 名	役 職	看護連盟入会区分	
			会 員	非会員
1			会 員	非会員
2			会 員	非会員
3			会 員	非会員
4			会 員	非会員
5			会 員	非会員
6			会 員	非会員
7			会 員	非会員