送 付 先：滋賀県看護連盟　　Fax 番号 ：077－514－1332

研修会参加申込書

研修名 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　時 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込者氏名

施設名（所属）	
代表者名（管理者名）	
施設連絡先（電話番号）	

参加者氏名

役　職	氏（フリガナ）　名	会員番号	非会員は〇印を付けてください

お問い合わせ及び連絡先
〒524-0037　滋賀県守山市梅田町 2－1　セルバ守山 112Ｂ
滋賀県看護連盟　今村
Tel.（077）514－1331　Fax.（077）514－1332
E-mail　shiga-kangorenmei@extra.ocn.ne.jp