

**申込期限:平成30年12月12日(水)**

施設会員

F A X 送 信 票		送信日	30年	月	日
発信先	一般社団法人愛知県訪問看護ステーション協議会				
FAX番号	052-746-6011				

**平成30年度 小児訪問看護研修 参加申込書**

平成30年度 小児訪問看護研修の参加を希望します。

(フリガナ) 施設名			
住所			
会員番号		管理者名	
電話番号		FAX番号	
Eメール			

○参加される方をご記入ください。

\* 演習等の都合上、定員50名とし 基本的に1ステーション 1名とさせていただきますので、優先順位でご記入下さい。

優先順位	氏名	職種	受講結果
1			可・不可
2			可・不可

○申込期限後、受講結果をFAXでお送りいたします。

○受講可の方には受講料の振込先をFAXでお知らせいたしますので、お振り込みをお願いいたします。一旦お振り込みいただきました受講料は返金いたしかねますので、ご了承下さい。

(連絡先)

一般社団法人 愛知県訪問看護ステーション協議会  
TEL (052)746-6007 FAX (052)746-6011