

第172回看護研修会受講申込書

〈認知症看護実践力向上研修Ⅶ〉

※1施設5名までの参加とします。

令和6年 月 日

(担当者及び連絡先)

病院名 _____ 担当者 _____

所在地 _____ Tel _____
Fax _____

◎下記のとおり参加を申し込みます。

No.	氏名	ふりがな	備考
1			
2			
3			
4			
5			

〈送信先及びお問合せ先〉 公益社団法人福岡県病院協会

Tel 092-436-2312 Fax 092-436-2313