**ＦＡＸ　　　０９９－２５６－８０７９　　（送信票不要）**コピーしてお使いください。　

**令和元年度　第53回　鹿児島県保健看護研究学会　参加申込書**

申込期間　令和元年1１/１５(金)～1２/1４(土)

　　　　 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〒 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  |  | TEL：　　　　－ － |

　　　 所在地：　 　　 　 FAX：　　　　－　 　 －

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 職能別 | | | | 鹿児島県看護協会 | | 備　　考 |  |
| 保 | 助 | 看 | 准 | 県会員番号 | 非会員  （〇を記載） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**※　座長・協力員は記入しないでください。**

**抄録集のみ購入希望（㊟一部５２５円です）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 氏　　名 | 氏　　名 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　 参加申込者数　　　　　　　冊　　（※　参加申込をされた方１人に１冊ずつ配布します）

抄録集のみ購入数　　　　冊

**合 計　　　　冊**

〒　８９０－００６４

鹿児島市鴨池新町２１－５

公益社団法人鹿児島県看護協会

TEL　０９９－２５６－８０８１

FAX　０９９－２５６－８０７９

※本学会申込書は受付名簿および抄録集送付を使用目的としており、それ以外には使用いたしません。