

FAX 送信票不要  
送信先：099-286-5550  
鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課看護係 上室 行

## 看護師特定行為研修受講支援事業に係る意向調査回答

提出期限：平成29年2月24日（金）

施設名	
担当者所属	
担当者職名・氏名	
TEL/FAX 連絡先	

### 1 特定行為研修受講計画について

受講機関名	特定行為区分	受講期間	受講料	受講人数

\* 今回の調査は補助申請ではありません。ご協力ありがとうございました。