平成30年度　看護職員の賃金モデル研修会

**❖　参加申込み　❖**

お手数をおかけして恐縮ですが、以下の事項をご記入の上、ＦＡＸでお申込みください。なお、誤送信にくれぐれもご注意ください。

**【送付先】　ＦＡＸ番号　099-256-8079　※送信票は不要です**

誠に勝手ながら、**2月2日（土）**までにお申し込みください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設名 |  | | | TEL |  |
| FAX |  |
| 施設住所 | 〶 | | | | |
| お名前 |  | 役職  (職種) |  | | |
|  | 役職  (職種) |  | | |
|  | 役職  (職種) |  | | |
|  | 役職  (職種) |  | | |

お申込みの際にご記入いただく情報は、本会の個人情報保護方針に基づき取り扱います。また、本研修会に必要な一連の業務以外に使用することはありません。

❖問合せ先：　〶890-0064

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鹿児島市鴨池新町21-5

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鹿児島県看護協会　教育部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL099-256-8081　FAX099-256-8079