**北海道看護協会事業部事業課事業係　行**

FAX　011-863-3204

**令和2年度地域における看護職等の連携シンポジウム**

**参 加 申 込 書（集合型）**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設住所　〒 | |
| 施設名 | |
| 申込み・入金等の確認先  氏　名　　　　　　　　　　（職位　　　　　　　） | TEL  （内線　　　　　　　　　　） |

★★　下記の該当欄に○、記入ください。★★

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設推薦順　位 | **職　能** | **北海道看護協会会員番号**  (6桁の番号) | | | | | | 非会員 | **（ふりかな必須**）  参加者氏名 |
|  | 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准  その他(　　　　　　　) |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准  その他(　　　　　　　) |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准  その他(　　　　　　　) |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**参加決定者には、後日、「参加に関するご案内」と「振込用紙」を看護代表者あてに送付します。**

**締 切 日**12月18日 (金)　17時　必着