

送信先：

公益社団法人岩手県看護協会
保健師職能委員会 宛

FAX 019-662-9550

申込締切 平成 29 年 10 月 25 日 (水)

平成 29 年 月 日

平成 29 年度保健師交流会及び統括保健師等連絡会
参加申込書

所属名：_____

連絡担当者名：_____

電話番号：_____

※出席するものに○

| | 職名 | 氏名 | (午前) 交流会 | (午後) 統括保健師 等連絡会 | 会員状況 (どちらかに○) | 備考 |
|---|----|----|-------------|-----------------------|------------------|----|
| 1 | | | | | 会員 ・ 非会員 | |
| 2 | | | | | 会員 ・ 非会員 | |
| 3 | | | | | 会員 ・ 非会員 | |
| 4 | | | | | 会員 ・ 非会員 | |
| 5 | | | | | 会員 ・ 非会員 | |

【 連絡事項 】