

資料番号	※記入不要
------	-------

平成 30 年度岩手県中堅期保健師コンサルテーション事業

## 参加申込書

平成 年 月 日

公益社団法人岩手県看護協会  
会長 及 川 吏 智 子 様

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

下記の者を、標記事業への参加者として申込みいたします。  
また、プログラムでの自組織の実践に対し協力体制を確保いたします。

参 加 者	所属名			
	職名	氏名		
参加者所属の上司	所属名			
	職名	氏名		
職場における 推薦理由				