2019年度新潟県看護協会総会出席申込書

（申込期限　５月３１日）

公益社団法人新潟県看護協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 会員番号 | 出　席　者　氏　名 | 職種（該当に○印） | 備　考 |
| １ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ２ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ３ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ４ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ５ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ６ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ７ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ８ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| ９ |  |  | 保・助・看・准 |  |
| 10 |  |  | 保・助・看・准 |  |

　　**※**　**会員証をご持参ください。（受付の際に必要です）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出席申込数　合計　　　　名

|  |
| --- |
| 申込先　〒951-8133新潟市中央区川岸町2-11新潟県看護協会　「総会」宛　TEL 025-265-1225FAX 025-266-1199 |