**FAX 025-233-7672**

ＦＡＸ

申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**公益社団法人**　**新潟県看護協会**

**訪問看護推進課**　**担当行**

**訪問看護ステーション運営アドバイザー事業　申込書**

◆**すべての項目をご記入のうえ、ＦＡＸでお申込みください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申し込み者氏名** | (フリガナ) | **職位** |
|  |  |
| **訪問看護事業所名****（訪問看護ステーション名）** | (フリガナ) |
|  |
| **新潟県看護協会** | 会員/非会員 |
| **新潟県訪問看護****ステーション協議会** | 会員/非会員 |
| 　**所在地・連絡先** | 〒　　 |
| TEL |
| FAX |
| **初回開催希望日時** | 第1希望：令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　　　　　　：　　　　　～　　　　　： |
| 第2希望：令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　　　　　　：　　　　　～　　　　　： |
| **ご相談内容** |  |

◆お申込み確認後に、こちらからご連絡をさせていただきます。