第1回　地域特別研修会・参加申込書（FAX送信用）

＊添書不要　　　**FAX：（０２４）９３５－５２３３**

7月31日（木）～　8月2日（土）の第1回地域特別研修会に参加します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　名 | 所　属 | 連　　絡　　先 | 性別 |
| １ | ふりがな |  | 〒  住所  　　　　　　　　　　　　　℡ | 男・女 |
| ２ | ふりがな |  | 〒  住所  　　　　　　　　　　　　　℡ | 男・女 |
| ３ | ふりがな |  | 〒  住所  　　　　　　　　　　　　　℡ | 男・女 |
| ４ | ふりがな |  | 〒  住所  　　　　　　　　　　　　　℡ | 男・女 |
| ５ | ふりがな |  | 〒  住所  　　　　　　　　　　　　　℡ | 男・女 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人　郡山医師会郡山看護専門学校