『2023年度災害・感染対策研修会』参加申込書

日時・形態：２０２３年９月７日（木）１８：００～２０：００　Zoom

**申込締切日　：　８月３１日（木）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 地区 | □横浜　　□川崎　　□横三　　□県央　　□西湘 | |
|  |  | □管理者  □看護師　　　□セラピスト  □その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 参加者名 |  | □管理者  □看護師　　　□セラピスト  □その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | □管理者  □看護師　　　□セラピスト  □その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  | |
| メールアドレス① |  | |
| メールアドレス②  （PC用） | 上記アドレス①がスマホの場合、ご記入ください。 | |

|  |
| --- |
| ～講師への質問がございましたらご記載ください～ |

**ＦＡＸ送信先：　０４５－６７１－９１０３**

お問合せ、キャンセルのご連絡は、下記事務局までお願いいたします。

問合せ先 神奈川県訪問看護ステーション協議会

電話：FAX　045-671-9103

E-mail　kanagawa-call@mbr.nifty.com