

# 申 込 書

〔送付先〕

神奈川県健康医療局保健医療部保健人材課 看護指導グループ行き

FAX 045-210-8858

Eメール [chiho-kanjin@pref.kanagawa.jp](mailto:chiho-kanjin@pref.kanagawa.jp)

施設名

---

所在地

---

ご担当者名

---

電話

FAX

---

- \* この申し込みをもって受講決定といたします。ただし、申し込み多数により、ご参加いただけない場合のみこちらからご連絡します。
- \* 一施設につき最大3名の参加とさせていただきます。

	参加者氏名 ( 職名 )
1	
2	
3	