

## 看護師特定行為研修説明会申込書

平成 年 月 日

【送信先】 近畿厚生局 健康福祉部 医事課

9/28開催「京都会場」看護師特定行為研修説明会 宛

FAX番号 06-6942-5089

【送信事項】 参加者の連絡先・出席者について

連絡先	所属施設名称	
	所属施設の所在地	
	電話番号	(      )
	FAX番号	(      )
	連絡に係る担当者	

	職名	氏名	職種
出席者氏名			医師 看護師 事務 その他
			医師 看護師 事務 その他
			医師 看護師 事務 その他

※ 出席者が多数となり、ご出席いただけない場合がございますので、あらかじめご了承をお願いいたします。ご出席いただけない場合は、電話にてご連絡をいたします。

【発信者】 施設名称