**新潟県看護連盟　行き　　FAX　０２５－２６６－２３２２**

ポリナビワークショップin新潟

研修参加申込書

平成　　年　　月　　日

新潟県看護連盟会長　様

施設名

電話番号

申込責任者

該当するところに○をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 連盟入会状況 |
| １ |  | 会員 | 会員以外 | 看護学生 |
| ２ |  | 会員 | 会員以外 | 看護学生 |
| ３ |  | 会員 | 会員以外 | 看護学生 |
| ４ |  | 会員 | 会員以外 | 看護学生 |
| ５ |  | 会員 | 会員以外 | 看護学生 |

込用紙に書ききれない場合は、お手数でもこの用紙をコピーしてください。

**提出期日　　　４月２０日（木）**