**新潟県看護連盟　行き　FAX　０２５－２６６－２３２２**

６月１２日（土）新入会者研修参加申込書

令和３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

* 必要事項を記入し、該当するところに○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 経験年数 |
|  | 年 |
|  | 年 |
|  | 年 |
|  | 年 |
|  | 年 |
|  | 年 |

**締め切り　　　６月４日（金）**

※ご注意とお願い※

・皆様にはご自身の体調をご確認のうえ、くれぐれもご無理をなさりませんようお願い申し上げます。また、マスク着用、うがいや手洗いなどの感染予防のための措置にご協力ください。

・席の間隔を広く設営し換気に配慮いたします。ご理解、ご協力のほどお願い申し上げます。