

2026 年度 南予地区会員研修 参加申込書

施設名 _____

開催日時：令和 8 年 9 月 26 日（土）

開催場所：喜多医師会病院 7 階 多目的ホール

番号	氏名	参加者役職 (該当する役職に○をつけてください)	備考
1		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
2		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
3		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
4		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
5		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
6		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
7		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
8		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
9		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	
10		支部長・幹事長・幹事・リーダー・青年部	

※スペースの関係上省略しておりますが、オブザーバーの方は幹事に○をつけてください。

送付先 愛媛県看護連盟事務局

FAX 089-923-1598

申込締切：令和 8 年 9 月 18 日（金）