

2024 年度新規入会者研修 参加申込書

施設名 _____

令和 6 年 7 月 20 日 (土) 実施

番号	氏名 (ふりがな)
1	()
2	()
3	()
4	()
5	()
6	()
7	()
8	()
9	()
10	()

送付先 愛媛県看護連盟事務局

FAX 089-923-1598

申込締切：令和 6 年 7 月 12 日 (金)