

2024年度 東予・中予地区合同新規入会者フォローアップ研修

参加申込書

施設名 _____

令和7年1月18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7年1月10日(金)