**令和６年度 まちの保健室協力員等研修会**

**（延岡・西臼杵、日向・東臼杵地区）　申込書**

**FAX番号：098５-５８-２９３９**（かがみ不要。申込書のみ送付）

申込み期限　令和６年　８月２３日（金）まで

　申込日：令和６年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 研修名：**令和６年度　まちの保健室協力員等研修会**  **（延岡・西臼杵、日向・東臼杵地区）** |
| 開催日時：令和６年９月１日（日）　9時５0分～12時００分　（受付9：３０～） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設名 | |  | | | | | |
| 申込み責任者： | | | | 電話番号： | | | |
| FAX番号（ない場合は、メールアドレス）： | | | |
| NO | 氏　名 | | 職　種  ※いずれかに〇をつけてください | | 宮崎県看護協会  入会の有無 | | |
| 会員  №を記入 | 手続中 | 非会員 |
| １ |  | | 保　 助　 看 　准 | |  |  |  |
| ２ |  | | 保 　助 　看　 准 | |  |  |  |
| ３ |  | | 保 　助 　看　 准 | |  |  |  |
| ４ |  | | 保 　助 　看　 准 | |  |  |  |

※８月２８日(水)までに看護協会からFAX（またはメール）にて下記を返信致します。

☐ 申込書を受け付け、受講を決定いたしました。キャンセルは、必ずお知らせください。

～参加にあたっての連絡事項～

１．各自、感染予防策を講じてご参加ください。

２．災害等により、急遽研修が中止等となる場合は、宮崎県看護協会のホームページにてお知らせ

します。個別連絡はいたしません。

３．参加費は、当日徴収します。お釣りのないようにご準備をお願いいたします。

　　担当（　事業部　日髙　）