

沖縄県看護協会 平時の感染対策訪問研修 申込書

令和 年 月 日

施設名： _____

担当者氏名： _____

連絡先
(Eメール)： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

住所： 〒 _____

希望日時	第1希望	月	日	時	～	時
	第2希望	月	日	時	～	時
	第3希望	月	日	時	～	時

※研修の2ヶ月前にはご要望ください。
派遣者の日程調整が取れない場合、希望日時に添えない場合もあります。

参加予定人数： _____ 人

その他(ご要望・質問等)

FAX送付先

FAX 098-888-3126

沖縄県看護協会 感染対策委員会

担当：伊波/池味