

平成 29 年度秋田県看護協会  
ナースセンター事業申込書

FAX 送信先: 0 1 8 - 8 5 3 - 4 3 7 6

公益社団法人 秋田県看護協会無料職業紹介所

秋田県ナースセンター宛

①申し込みは枠内に記入漏れがないように記載し、9月14日(木)までFAXまたは郵送してください。

②問合せ先: 秋田県看護協会無料職業紹介所 秋田県ナースセンター

〒010-0001 秋田市中通二丁目3番8号 アトリオン1F TEL 018-832-8810

事業 No.:		開催日: 平成 29 年 9 月 22 日 (金)			
事業テーマ: 平成 29 年度「看護職員のワーク・ライフ・バランス推進研修会」					
施設No.:		施設名:			
施設住所					
申込代表者		連絡部署: 氏 名:		TEL: FAX:	
No.	氏 名	会 員 非会員	職 能	勤務年数	備 考
1		会 員 非会員	保・助 看・准		
2		会 員 非会員	保・助 看・准		
3		会 員 非会員	保・助 看・准		
4		会 員 非会員	保・助 看・准		
5		会 員 非会員	保・助 看・准		

\*参加者数の調整が必要な場合は連絡させていただきますのでご了承ください。