

平成 30 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、11月5日(月)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 [松橋]

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

③参加地区 [ ] 欄に○印を記載してください。

[ ]	開催日:平成30年11月10日(土) 県北地区(能代市)				
[ ]	開催日:平成30年11月17日(土) 県南地区(大仙市)				
事業テーマ: 平成30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:		TEL:	
		氏名:		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		