

2/15(土)「大阪府訪問看護シンポジウム」
—精神科地域包括ケアの構築を目指して—

< 参加申込書 >

※2月7日(金)までにお申し込みください。

必要事項を記入し、下記申込先までFAXでお申し込みください。

ブロック		会員NO.	
事業所名			
住所			
TEL/FAX	/		

フリガナ	職種
氏名	<input type="checkbox"/> 訪問看護師（管理者 / スタッフ） <input type="checkbox"/> 看護師（病院 / 施設） <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他（ ）

フリガナ	職種
氏名	<input type="checkbox"/> 訪問看護師（管理者 / スタッフ） <input type="checkbox"/> 看護師（病院 / 施設） <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3名以上のお申し込みは、本紙をコピーしてご利用ください

※参加券の発行はいたしません。お申し込み者は直接会場までお越しください。

お申し込み後のキャンセルは下記事務局までご連絡ください。尚、当日の欠席のご連絡は不要です。

< 申し込み先 >

大阪府訪問看護ステーション協会 事務局

FAX：06-6767-3801