



申 込 〆 切

1月27日(月)

FAX 送信票

申込先：FAX 088-632-1084

宛先：公益社団法人徳島県看護協会 エリアマネージャー 宛

令和6年度 東部圏域地域包括ケア研修会

「医療と地域を看護がつなく」

参加申込書

- 施 設 名 _____
- 施設代表者名 _____
- 連 絡 先 _____

参加申込者

受講者名	職 種	所 属	電 話 番 号
	保・助・ 看・准	① 外来 ② 病棟 ③ 地域連携室 ④ 管理 ⑤ その他()	
	保・助・ 看・准	① 外来 ② 病棟 ③ 地域連携室 ④ 管理 ⑤ その他()	
	保・助・ 看・准	① 外来 ② 病棟 ③ 地域連携室 ④ 管理 ⑤ その他()	

※申込書に記載された個人情報は、この研修以外には使用しません