**↑**

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　郡・伊達　宛**

**締　　　切　　平成３１年２月１５日まで**

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊**「医療機関管理者研修会」**

**所属施設　　　　　　　　　　　　　電話**

**代表者名**

|  |  |
| --- | --- |
| **受 講 者 名** | **職種・役職** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**申込書に記載された住所等個人情報は、この研修会以外には使用しません**

* **駐車場は、ヤマダ電機立体駐車場となっていますので、ご注意ください**