令和５年度

新任看護職員の「エンゼルメイク研修会」

開催のお知らせ

**別紙**

**「エンゼルメイク研修会」**

**（公開講座）**

**参加申込書**

**■氏名・施設名・希望受講日・連絡先をご記入のうえ、ＦＡＸでお申し込みください。（**2月5日（月）まで）

**■ＦＡＸでの参加申し込みは、この用紙をお使いください。**

**ＦＡＸ：０７６- ４２２- ０６６７**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **人数** | **施 設 名** | **氏　　名** | **連絡先（FAX）** |
| **1** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |