平成29年度　災害支援ナース研修・交流会　参加申込書

日時：平成30年1月25日（木）13：30～16：30

場所：兵庫県看護協会　3階　研修室3

**Fax　078－361－6652**＊送付状をつけないでこのまま送信ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名　　　　 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **参加者名**
 |  |
| **職　名　(職　位)** |  |
| **災害支援ナース登録年数** | 　　　　　　年 |
| **支援活動の有無** | 有　　　・　　　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **参加者名**
 |  |
| **職　名　(職　位)** |  |
| **災害支援ナース登録年数** | 　　　　　　年 |
| **支援活動の有無** | 有　　　・　　　無 |

**1月　9日（火）締め切り**

複数お申し込みの場合コピー可

＊個人情報の保護については、当協会の規定に基づき適切に行います。

研修申込に際していただいた情報は研修の目的以外には使用いたしません。

＊受講決定通知は送付いたしません。お申し込み後は、当日会場へお越しください。

　定員超過によりお断りする場合のみ、こちらからご連絡をいたします。

＊連絡先＊

　 兵庫県看護協会 健康危機対策担当：小田・冨田

　 　　　Tel　078－341－0255　Fax　078－361－6652

Ｅ－mail :tomita@hna.or.jp