

令和2年度 第2回合同就職説明会(神戸) 参加申込書

FAX送信先 078-341-0340 兵庫県ナースセンター 宛

申込期間 令和2年10月23日(金)～11月5日(木)

※最近、本会宛のFAX送信にて、一般の方への間違いが多発し、大変ご迷惑をおかけしております。
送信の際は、再度、FAX番号をよくお確かめいただき、送信間違いのないようお願いいたします。

| | |
|-----------------|--|
| 施設名 | ※参加可否通知の郵送先となります。窓口となる施設住所を記入してください |
| 施設種別 (○をつける) | 病院 ・ 精神病院 ・ 訪問看護ステーション ・ 介護老人保健施設 介護老人福祉施設 ・ 診療所 ・ その他() |
| 施設住所 | 〒 |
| TEL | ※担当者と連絡のとれる番号を記入してください。 |
| E-Mail | ※はっきりわかりやすくご記入ください。 |
| フリガナ 担当者名 | ※当説明会のご担当者(内容のわかる方)のお名前をお書きください。 (役職) |

※感染防止対策のため、一法人1ブース1名様でのご参加とさせていただきます。

| | | | |
|-------------|--|---|--|
| 当日参加者人数 | 1 | 名 | ※参加者の変更がございました際は、お手数ですが下記へご一報お願いいたします。 |
| フリガナ 参加者 | ※ご担当者様が来られる場合、同上へチェックをお願いします。異なる場合はお名前をご記入ください。 (役職) <input type="checkbox"/> 同上 | | |

お問合せ先

公益社団法人 兵庫県看護協会 兵庫県ナースセンター 〒650-0011 神戸市中央区下山手通5-6-24

TEL : 078-341-0240 Mail : hyogo@nurse-center.net