**令和２年度　看護管理者研修会**

**申　込　書**

**FAX 送信先　０９６－３６９－３２０４**

公益社団法人　熊本県看護協会

**申し込み期限：　９月３０日（水）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 |  | | | | |
| 住　　　所 | **〒** | | | | |
| 連　絡　先 | TEL　　　　　　－　　　　　　　－  　FAX　　　　　　－　　　　　　　－ | | | | |
| 申込者名 | 所属先 | | | | |
| 氏　名 | | | | |
| 参加者名 | 職種 | 職名 | 会員番号 | 氏　名 | 駐車場利用  の方は〇印 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**＊車は必ず熊本県看護協会専用駐車場に駐車してください。**

・入庫時にはプリペイドカード（300円）が必要です。熊本県看護協会窓口で事前に購入して下さい。

周辺のショッピングセンターやドラッグストアには絶対に無断駐車しないで下さい。

・当日は駐車場が混雑いたします。お車の方は乗り合わせてご来場下さい。