**送信先：　支部　宛**

**熊本東支部　ＦＡＸ（西日本病院　山田明美 宛）**

**096-380-0539**

**熊本西支部　ＦＡＸ（熊本機能病院　河上さとみ 宛）**

**096-345-8188**

**熊本南支部　FAX（くまもと南部広域病院　弘妙子 宛て）**

**0964-28-4849**

**令和２年度地区別看護管理者会　参加申し込み**

**（11月25日　熊本東、西、南地区）**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設番号：  施設名： | 施設電話番号： |

　　１．　地区別看護管理者会　出席申込

　　　　　　（下記の必要事項をご記入ください）

**【参加者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職種 | 職位 | 会員番号 |
|  | 職種 | 職位 | 会員番号 |
|  | 職種 | 職位 | 会員番号 |

**締切：令和２年11月11日（水）必着**