

別紙(1)

「ふれあい看護体験 2020」実施申込書 (FAX返信用紙)

施設名	
施設住所	〒 _____
電話番号	
FAX	
Eメールアドレス	
ご担当者名・(役職)	()
ふれあい看護体験 実施予定日	令和2年 ____ 月 ____ 日 ()

※ 不参加の施設は返信不要です

申込み期限：令和2年3月20日(金)

FAX：048-624-3331

お問い合わせ先：
公益社団法人 埼玉県看護協会
ふれあい看護体験担当：作山
TEL：048-624-3300

