|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FAX** | |  |  |
| **送付先:** | 大阪急性期・総合医療センター  　看護部　丸尾　明代 | **発信者名:** |  |
| **FAX 番号:** | 06-6606-7000 | **送付枚数:** |  |
| **電話番号:** | 06-6692-1201 | **発信元**  **電話番号:** |  |
| **件名:** | 大阪府看護協会  市南支部研修会参加申込書 | **発信元**  **施設名：** |  |

**※2月26日の大阪府看護協会市南支部の研修会に参加ご希望の方は、平成31年2月20日までに下記の表に必要事項を記入上、大阪急性期・総合医療センター　看護部までFAXをお願いします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 施設名 | お名前 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大阪府看護協会　市南支部