

# F A X 申 込 込 込 専 用 用 紙

氏名

メールアドレス

電話番号

勤務施設名

※該当するものを○で囲んでください

参加希望日 1月29日のみ ・ 2月5日のみ ・ 両日

職種 看護師 ・ 助産師 ・ 保健師

事前に質問したいことがあれば記入してください

## お申込み・お問合せ

※ご多忙中誠に恐れいりますが、令和4年1月24日までにお申し込みをお願いします。

<FAX 送信先>

大阪府看護協会 市北支部 理事  
社会医療法人真美会 大阪旭こども病院 看護部長 小間井和代

FAX 番号 06 - 6952 - 5166

住所：〒535-0022 大阪市旭区新森 4-13-17

電話番号：06 - 6952 - 4774