出前講座申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名  住所 |  |
| 担当者氏名・部署 |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　FAX  e-mail |
| 趣旨・目的 |  |
| 内容  （具体的に記入して下さい） |  |
| 希望日・時間  ＊第3希望まで記入して下さい  ＊土日祝祭日・年末年始を除く | 第1希望  第2希望  第3希望 |
| 受講者の職種　及び　人数 |  |
| 会場（施設内の名称） |  |
| 備考  （講師希望など） |  |

　　　　　茨城県看護協会　ナースセンター　定着促進コーディネーター

　　　　　〒310-0034　茨城県水戸市緑町3-5-35　茨城県保健衛生会館1Ｆ　茨城県ナースセンター

　　　　　　　　　　　　　TEL　：029-221-7021　　　FAX　：029-226-0493  
e-mail： k-3955@ina.or.jp