この用紙のみ、令和７年６月27日（金）

までにご返送ください。（　送付書の添付は不要　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参 加 申 し 込 み フ ァ ク シ ミ リ 送 信 表 | | | | |
| 送 信 先 | 公益社団法人愛媛県看護協会　看護職の就労環境改善事業担当者　　行  　　　　　　　　ＴＥＬ　　０８９-９２４-０８４８  　　　　　　　　ＦＡＸ　　０８９-９９６-８４２５ | | | |
| 件 名 | **「働き続けられる職場へ～現場をかえるんです！～」**  **参加申し込み** | | | |
| **施設名** |  | | | |
| **住　所** | 〒（　　　　）－（　　　　　） | | | |
| **TEL・FAX** | TEL　（　　　　　　）　　　　　－  FAX　（　　　　　　）　　　　　－ | | | |
| **看護部**  **代表者** | 氏　名 |  | | |
| 役職名 |  | | |
| **事　業**  **担当者** | 氏　名 |  | | |
| 所　属 |  | 役職名 |  |
| e-mail |  | | |
| **インデックス**  **調査** | 希望する　　　・　　　希望しない | | | |
| **その他**  **質問等** | ご質問等ございましたらこちらに記載ください | | | |