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 |