

平成30年度 都道府県看護協会「診療報酬・介護報酬改定説明会」

※施設で取りまとめてお申し込みください

(申込多数の場合、担当者に連絡し調整させていただきますのでご了承ください)

FAX送信先：0952 - 68 - 3603

申し込み締切日：2月28日（水）

地区： 東・西・中・南・北	施設名：	担当者名：
		施設TEL

参加希望のところに○をつけてください。

参加優先順位	氏名	職能 ○をつけてください。 その他は職種名まで	県協会会員番号	3月28日（水）		4月5日（木）		4月10日（火）	
				午前	午後	午前	午後	午前	午後
1		保・助・看・准 その他（ ）							
2		保・助・看・准 その他（ ）							
3		保・助・看・准 その他（ ）							
4		保・助・看・准 その他（ ）							
5		保・助・看・准 その他（ ）							
6		保・助・看・准 その他（ ）							
7		保・助・看・准 その他（ ）							
8		保・助・看・准 その他（ ）							
9		保・助・看・准 その他（ ）							
10		保・助・看・准 その他（ ）							

参加費は、3月2日（金）までに、添付の振込用紙にて前納してください。

資料は日本看護協会では準備されたものを当日配布します。