

宛 先 秋田県看護連盟事務所

FAX 番号 018-867-7477

返 信 用

申込期限 11月15日(金)12時までお願いいたします。

令和 6(2024)年度秋田県看護連盟青年部委員会主催
ポリナビワークショップ出席申込書
2024.11.30(土) 13:00~15:00

施設名	
メールアドレス	

*出席者名と出席方法(いずれかに○印)をお知らせください。

	氏 名	会員番号	出席方法		
			会 場	施設アドレスから	個人アドレスから
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

*個人アドレスからご出席の方は下記 URL/QRコードより Google Form
でお申込みください。(招待アドレス確認のためです)

<https://forms.gle/JR4AjqWnXBUAWowV9>

