**日本手術看護学会九州地区**

**沖縄県分会研修会　参加申込書**

**施設名（　　　　 　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **会員** | **非会員** |  | **氏名** | **会員** | **非会員** |
| **1** |  |  |  | **16** |  |  |  |
| **2** |  |  |  | **17** |  |  |  |
| **3** |  |  |  | **18** |  |  |  |
| **4** |  |  |  | **19** |  |  |  |
| **5** |  |  |  | **20** |  |  |  |
| **6** |  |  |  | **21** |  |  |  |
| **7** |  |  |  | **22** |  |  |  |
| **8** |  |  |  | **23** |  |  |  |
| **9** |  |  |  | **24** |  |  |  |
| **10** |  |  |  | **25** |  |  |  |
| **11** |  |  |  | **26** |  |  |  |
| **12** |  |  |  | **27** |  |  |  |
| **13** |  |  |  | **28** |  |  |  |
| **14** |  |  |  | **29** |  |  |  |
| **15** |  |  |  | **30** |  |  |  |

**＊日本手術看護学会会員（会員番号）または非会員欄に〇を記入してください。**

**参加者数**

**＊申し込み締め切り　7月26日（月）**

**【申し込み先】**

**施　設　名：**

**住　所　〒**

**TEL 　　　　　　FAX**

**E-mail：**