

看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会
入会申込書 【特別会員（施設）】

令和 年 月 日

看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会 会長 殿

看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

施設名					
役職・フリガナ 代表者名 ※1		(役職) メールアドレス：			
連絡先 ※2	住所	都道府県名		郵便番号	
	担当者①	フリガナ 氏名：	所属：		
		メールアドレス：			
	担当者②	フリガナ 氏名：	所属：		
		メールアドレス：			
	T E L				
	F A X				
備考					

※1 ご施設の管理者・代表者をご記入ください。

郵送物のご送付等で使用させていただきますので、代表者様をご記入いただけましたら幸いです。

※2 複数でご担当されている場合は、ご記入ください。

【事務局記載欄】

承認	
入会日	
会員番号	