＜別　紙＞

北海道看護協会事業部事業課　行
FAX 011-863-3204

「平成 30 年度診療報酬･介護報酬改定説明会」
参 加 申 込 書

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

看護代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（〒　　－　　）

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　**FAX**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者氏名		参加内容 診療・介護 〇で囲んでください。	役　職　名	会員・非会員 〇で囲んでください	北海道看護協会 会員番号
1	ふりがな 氏 名	診療・介護		会員・非会員	
2	ふりがな 氏 名	診療・介護		会員・非会員	
3	ふりがな 氏 名	診療・介護		会員・非会員	
4	ふりがな 氏 名	診療・介護		会員・非会員	
5	ふりがな 氏 名	診療・介護		会員・非会員	

締切日　平成 30 年 1 月 31 日(水)１６:００必着

＊ 申込受付者には、後日【参加券】（当日持参）及び【振込用紙】を送付します。