

## 【別紙3】

参加申込書(F A X) (申込締切 H30. 5. 31)

※FAX番号 045-721-3324 神奈川県立こども医療センター宛て

施設名

窓口担当者(職氏名)

連絡用Emailアドレス

電話番号

発表演題予定件数

件

FAX番号

※発表演題につきましては、各施設1題以上の登録をお願いいたします。

※参加する会に○をご記入ください。

番号	氏名	職種	役職	看護管理者会	療育研究部会	懇親会	備考
例	神奈川 花子	看護師	看護師長	○	○	○	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							