|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ ァ ク シ ミ リ 送 信 表 | | | |
| 送 信 先 | 公益社団法人愛媛県看護協会／愛媛県ナースセンター  　　　　　看護職合同就職説明会　矢野行  　　　　　　　　ＴＥＬ　　０８９-９２４-０８４８  **ＦＡＸ　　０８９-９９６-８４２５** | | |
| 件 名 | **令和７年度「看護職合同就職説明会」への参加について** | | |
| 施設名 |  | 代表者  氏　名 | （※請求書等の宛名に記載する氏名を記入ください） |
| 郵便番号  住　　所 | （郵便番号）　　　　－  （住　　所） | | |
| 参加形式 | ☐　対面（令和７年４月１９日）のみ参加（参加費２０，０００円）  ☐　特設サイトのみ参加　　　　　　　　（参加費１０，０００円）  ☐　対面・特設サイトともに参加　　　　（参加費３０，０００円）  ※希望するもの1つに✔を入れてください。 | | |
| ご連絡先 | **担当者氏名：** | | |
| **所　　　属：** | | |
| **職　　　種：** | | |
| **役　職　名：** | | |
| **担当者連絡先**  **電話番号：**  **メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠**  ※参加にあたってのご連絡や入力用フォーマット等の送付がありますので、必ず担当者の方と  連絡の取れる電話番号・メールアドレスを正確にご記入ください。  ※原則、実施要領・参加費振込案内・請求書等、参加に係るすべての書類はご連絡先に記入いただいた担当者様宛での送付（メールまたは郵送）になります。ご注意ください。 | | |
| 備　考 |  | | |

**この用紙のみ、令和6年12月20日（金）までにFAXにてご返送ください。（送付書の添付は不要）**