

令和7年度 全国中核拠点病院看護管理者会議
参 加 申 込 書

申込日: 年 月 日

病 院 名	
氏 名	ふ り が な
役 職 名	(該当するものに○を付けてください。) ①副院長・看護部長 ②看護部長 ③副看護部長/看護副部長 ④看護師長 ⑤副看護師長 ⑥主任 ⑦その他()
会 議 参 加 用 メー ル ア ド レ ス	会議参加の招待メール(ミーティングIDやパスワード)をお送りします。
連絡用メールアドレス	参加方法、連絡事項などをお送りします。参加用と同じであれば必要ありません。

氏 名		ふ り が な
役 職 名	(該当するものに○を付けてください。) ①副院長・看護部長 ②看護部長 ③副看護部長/看護副部長 ④看護師長 ⑤副看護師長 ⑥主任 ⑦その他()	
会 議 参 加 用 メ ー ル ア ド レ ス	会議参加の招待メール(ミーティングIDやパスワード)をお送りします。	
連絡用メールアドレス	参加方法、連絡事項などをお送りします。参加用と同じであれば必要ありません。	

氏 名		ふ り が な	
役 職 名	(該当するものに○を付けてください。) ①副院長・看護部長 ②看護部長 ③副看護部長/看護副部長 ④看護師長 ⑤副看護師長 ⑥主任 ⑦その他()		
会 議 参 加 用 メー ル ア ド レ ス	会議参加の招待メール(ミーティングIDやパスワード)をお送りします。		
連絡用メールアドレス	参加方法、連絡事項などをお送りします。参加用と同じであれば必要ありません。		

「参加申し込みフォーム」が利用でない場合に使用してください。

5月12日(月)までに公益財団法人エイズ予防財団 事務局 山崎あてお送りください。

FAX 03-5259-1812