

千看協発第 1-109-3 号
令和 8 年 1 月 19 日

長夷地区 個人会員
各位

公益社団法人千葉県看護協会
会 長 増 渕 美 恵 子
(公印省略)

長夷地区部会長

山 崎 芳 江
(公印省略)

長夷地区部会連絡会への参加について（ご案内）

平素は、当協会にご支援ご協力をいただき厚く感謝申し上げます。
このたび、標記会議を下記により開催致します。皆様のご参加をお待ちしております。

記

1. 日 時 令和 8 年 2 月 19 日(木) 15 : 00～17 : 00
2. 会 場 医療法人社団三愛会君塚病院 新館 1 階会議室
〒297-0029 茂原市高師 2-8
3. 議 題
 - 1) 令和 7 年度 地区部会長会議報告
 - 2) 令和 8 年度 地区部会事業計画(案)について
 - 3) 次期役員について
 - 4) 看護研修会について
 - 5) 「看護の日」イベントについて
 - 6) 「まちの保健室」について
 - 7) 連絡会ミーティング
 - 8) その他

★別紙回答用紙にてご返信をお願いします。

FAX : 0470-86-4877

地区部会連絡会出欠回答用紙

(令和 8 年 2 月 19 日 (木) 15 : 00 ~)

(個人会員) 氏名 : _____ 役職 _____

出席 _____ ・ 欠席 _____
(* どちらかを○で囲んでください。)

※交通費の支払準備のため、経路と金額の記入をお願いします。

※1キロ未満は、切り捨てて計算してください。

旅 費 申 告 書

[自宅・施設 住所]

乗 物	区 間	往復料金
バ ス	～	
私 鉄	～	
J R	～	
自家用車	～	
合 計		

* 旅費は、自宅又は職場から最短距離に要した費用で支給します。

自宅か施設のどちらかに○をつけて、住所をご記入ください。

* 自家用車は、1km/30円で計算してください。

※取り上げてほしいテーマやご意見等ありましたら具体的にお書き下さい。

--

※お手数ではございますが 2月5日(木) 必着で出欠をお知らせ下さいますようお願いいたします。

【連絡先】

TEL : 0470-86-2311 FAX : 0470-86-4877

長夷地区部会 担当 : いすみ医療センター 浅野 めぐみ