

千看協発第 1-22-2 号

令和 8 年 5 月 25 日

会員施設長 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)

印旛地区部会長

瀬瀬 真砂美

(公印省略)

印旛地区部会「連絡会」への出席について（依頼）

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いたしますので、ご多忙のところ恐縮に存じますが、貴施設 会員代表者 様の出席についてご配慮くださるようお願い申し上げます。

記

- | | | |
|------|---|---|
| 1. 日 | 時 | 令和 8 年 7 月 11 日（土） 10:00～11:00 |
| 2. 会 | 場 | 成田赤十字病院 アメニティ棟 2 階大会議室
〒285-8523 成田市飯田町 90-1 |
| 3. 内 | 容 | (1) 自己紹介
(2) 5/9 看護の日の実施報告
(3) 令和 7 年度第 2 回研修会の報告
(4) 令和 8 年度研修会の開催予定
(5) 令和 8 年度まちの保健室開催予定
(6) 令和 7 年度後期会計報告
(7) 意見交換
(8) その他 |

千看協発第 1-22-2 号
令和 8 年 5 月 25 日

施設等会員代表者
看護管理者
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)

印旛地区部会長
瀬瀬 真砂美
(公印省略)

印旛地区部会「連絡会」への出席について（依頼）

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いたしますので、お忙しいところ恐縮ですが、
会員代表者としてご出席くださいますようお願いいたします。

記

- | | | |
|------|---|---|
| 1. 日 | 時 | 令和 8 年 7 月 11 日（土） 10:00～11:00 |
| 2. 会 | 場 | 成田赤十字病院 アメニティ棟 2 階大会議室
〒285-8523 成田市飯田町 90-1 |
| 3. 内 | 容 | (1) 自己紹介
(2) 5/9 看護の日の実施報告
(3) 令和 7 年度第 2 回研修会の報告
(4) 令和 8 年度研修会の開催予定
(5) 令和 8 年度まちの保健室開催予定
(6) 令和 7 年度後期会計報告
(7) 意見交換
(8) その他 |

送信先 FAX : 043-486-1314 佐倉中央病院 瀬瀬行
あるいは下記内容を記載のうえ、メールでの返信をお願いいたします
e-mail: m.kouketsu@aishin.or.jp(瀬瀬真砂美行)
6月30日(火)までに返信をお願いいたします

☆☆☆FAX 送信表☆☆☆									
送信日時		2026 年		月		日			
件名 印旛地区部会 第1回施設連絡会議について									
7月11日(土)開催の印旛地区部会 第1回施設連絡会議に									
出席します					欠席します				
*出欠どちらかに○をつけてください。									
施設名:					役職:				
氏名:									
連絡先電話番号:									
Email:									
旅 費 申 告 書									
令和 年 月 日									
役員・協力員名									
施 設 名									
[自宅住所]									
乗 物		区 間				往復km(車)		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。									
* 自家用車は1km/30円で計算してください。キロ数は必ず記載して下さい。(1キロ未満切捨て)									