

千看協発第 1-22-3 号
令和 8 年 5 月 25 日

印旛地区 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)

印旛地区部会長
瀨瀬 真砂美
(公印省略)

印旛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 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 |

※出席希望の方は、別紙により FAX 又はメールでお申込みください。

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。

(個人会員)

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)