千看協発第 1-93-3 号
令和 8 年 10 月 26 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
上野　眞知子
（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 11 月 21 日（土）　11:00～12：00

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）令和 8 年度第 1 回研修会報告及び第 2 回研修会内容
（３）8/22 まちの保健室及び 9/13 がん予防展、11/7 まちの保健室 実施報告
（４）令和 8 年度前期会計報告
（５）意見交換
（６）その他

＊別紙の出欠票を FAX またはメールにてお送りください。

送信先　**FAX：0476-22-6477　成田赤十字病院　上野**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：kango@narita.jrc.or.jp

(上野眞知子行)

11 月 5 日（木）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 2 回施設連絡会議について

11 月 21 日（土）開催の印旛地区部会　第 2 回施設連絡会議に

出席します　　**欠席します**

＊出欠どちらかに〇をつけてください。

(個人会員)

氏名：

連絡先電話番号：

Email：

旅　費　申　告　書

令和　　年　　月　　日

氏　　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）