

간호사 휘장(배지) 신청서

신청자	1	수신자명(기관명)				
	2	수신자 연락처	근무처		휴대폰	
	3	배송지 주소				
	4	신청일자				

종류	신청수량
간호사 휘장 칼라 옷핀형(6cm)	
간호사 휘장배지(1.9cm)	

■ 1인당 2가지 종류 중에서 1개 신청입니다.

■ 신청절차 : 본회로 신청서 메일 발송 → 전화로 확인(신청서 수신 여부)

■ 담당자/ 연락처/ mail add. : 회원관리팀 유윤희 / 031-302-9519 / kki@koreanurse.or.kr

	이름	면허번호	비고
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			

간호사 휘장(배지), 헤어망핀 신청서

신청자	1	수신자명(기관명)	홍길동 (OO병원)			
	2	수신자 연락처	근무처	031-223-4051	휴대폰	010-1234-5678
	3	배송지 주소	경기도 수원시 팔달구 경수대로 519번길 4, 2층			
	4	신청일자	2020.01.01			

종류	신청수량
간호사 휘장 칼라 옷핀형(6cm)	
간호사 휘장배지(1.9cm)	

■ 1인당 2가지 종류 중에서 1개 신청입니다.

■ 신청절차 : 본회로 신청서 메일 발송 → 전화로 확인(신청서 수신 여부)

■ 담당자/ 연락처/ mail add. : 회원관리팀 유윤희 / 031-302-9519 / kki@koreanurse.or.kr

	이름	면허번호	비고
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			