

宮城県看護協会研修申込書(様式1)

受付番号 (協会使用欄)

(施設ごとにまとめて申し込んでください。添書は不要です)

平成 年 月 日 申込

研修番号	2420 ②	開催日	平成30年10月17日(水)～19日(金)3日間					
研修名	看護職員認知症対応力向上研修 (会場: 気仙沼合同庁舎)							
所属施設名						施設番号		
申込責任者氏名	(ご自身も受講希望の場合は下記受講者名簿にも記入してください)							
住所	〒							
電話番号				FAX番号				
受講修了者所属病院(施設)名公表 ④				どちらかに○をつけてください		同意する	同意しない	
※本研修は公表を前提としております。 「同意しない」場合にはその理由をお聞かせください。								
番号	受講者名 ⑤	生年月日 ⑥	職位	経験年数	職能 (○で囲む)	入会 (○で囲む) 会員 非会員	県協会会員番号 (6桁)	
1		昭和 年 月 日 平成			保 助 看 准	会員 非会員		
2		昭和 年 月 日 平成			保 助 看 准	会員 非会員		
3		昭和 年 月 日 平成			保 助 看 准	会員 非会員		
4		昭和 年 月 日 平成			保 助 看 准	会員 非会員		
5		昭和 年 月 日 平成			保 助 看 准	会員 非会員		

公益社団法人宮城県看護協会

【記載上の留意事項】

- ④「受講修了者所属施設名公表」の「同意する・同意しない」を記載の上、「同意しない」場合はその理由をお書きください。
- ⑤「受講者名」は略字等ではなく正確にお書きください。
- ⑥「生年月日」は必ずお書きください。

【申込方法・申込先】

郵送で右記あて申送ください。

〒 980-0871 仙台市青葉区八幡二丁目10-19

宮城県看護協会教育部

申込締切 平成30年9月18日(火)必着