

## 宮城県看護協会研修申込書（様式1）

（施設ごとにまとめて申込んで下さい。添書は不要です）

平成 年 月 日 申込

研修番号		開催日									
研修名											
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欄にも記入してください）										
住所	〒										
電話番号				FAX番号							
番号	受講者名	職位	経験年数	職能 （○で囲む）	入会（○ で囲む）	県協会会員番号(6桁)					
1				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
2				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
3				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
4				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
5				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
6				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
7				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
8				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
9				保 助 看 准	会 員 非 会 員						
10				保 助 看 准	会 員 非 会 員						

公益社団法人宮城県看護協会

**【申込先】**

宮城県看護協会教育担当宛てに FAX もしくは郵送にて申し込み下さい。

**FAX 番号 022-276-4724**

〒980-0871 仙台市青葉区八幡二丁目10-19