

受付番号(協会使用欄)

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	2120	開催日	平成29年10月2日～12月6日			
研修名	認定看護管理者教育課程セカンドレベル					
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） 会員 非会員	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

下記あてに郵送で申し込み下さい。

【送付先】 〒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