

宮城県看護協会研修申込書

(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	2320③	大河原 平成29年10月18日(水)～20日(金)3日間								
研修名	看護職員認知症対応力向上研修(仙台市以外開催分) 対象:仙台市以外の施設に勤務する者									
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名公表 ①					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 ②	生年月日 ③	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】

- ①「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。
- ②「受講者名」は略字等ではなく正確にお書きください。
- ③「生年月日」は必ずお書きください。

【申込方法・申込先】

郵送で右記あて申込んでください。

〒 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29年9月25日(月)必着