

研修申込書

(施設ごとにまとめて申込んで下さい。添書は不要です)

令和 年 月 日申込

研修名	1215 かかりつけ医で働く看護職の研修		
開催日時	希望の開催地域の番号を○で囲んでください ① 令和元年 10 月 5 日 (土) 仙台地区：宮城県看護協会会館・看護研修センター ② 令和元年 10 月 10 日 (木) 石巻地区：石巻市医師会附属准看護学校 3F 講義室 ③ 令和元年 10 月 17 日 (木) 大崎地区：大崎市図書館 多目的ホール ④ 令和元年 10 月 24 日 (木) 県南地区：柴田・角田地域訪問看護ステーション		
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	

※施設番号が不明な場合は記入しなくて良いです。

番号	受講者名	職位	経験年数	職能 (○で囲む)	会員の有無 (○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	

申込締切：10月5日開催は 9月1日(日)

10月10日開催は 9月1日(日)

10月17日開催は 10月1日(火)

10月24日開催は 10月1日(火)

それぞれの期日までに宮城県看護協会宛に FAX 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