

受付番号(協会使用欄)

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)

平成 年 月 日申込

研修番号	2310	開催日	平成31年1月9日(水)～1月18日(金)			
研修名	平成30年度医療安全管理者養成研修					
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	役割 (○で囲む)	看護職 経験年数	職能 免許番号 (○で囲む)	入会 (○で囲む)	県協会会員番号(6桁)
1			専従 専任(兼任) その他		保助看 免許番号	会員 非会員	
2			専従 専任(兼任) その他		保助看 免許番号	会員 非会員	
3			専従 専任(兼任) その他		保助看 免許番号	会員 非会員	

(※専従とは、専らその業務に従事することをいい、他の業務を兼任することは認められない。)

【申込先】 宮城県看護協会宛てに 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