

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）

令和2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	部署		役職		
	（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	新人・2年目のいづれかに○をつけてください。	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			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
2			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
3			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
4			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
5			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
6			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
7			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
8			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
9			新人・2年目	保助看准	会員 非会員	
10			新人・2年目	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部宛てに 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