

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）

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	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

【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