

宮城県看護協会「助産実践能力強化支援研修」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

月 日 申込

研修番号	4142	開催日	令和3年 2月25日(木)			申込締切	2月1日(月)		
研修名	助産実践能力強化支援研修 Ⅱ 予期せぬ妊娠をした女性への支援								
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簿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)	県協会会員番号 (6桁)	受講条件 (○で囲む)		
1				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可
2				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可
3				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可
4				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可
5				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可
6				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可
7				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可
8				助 保 看 准	会員 非会員		集合 Zoom とも可	集合 のみ可	Zoom のみ可

【申込方法・申込先】

宮城県看護協会教育部宛にFAXもしくは郵送にてお申込ください。

FAX番号 022-276-4724

〒 980-0871 仙台市青葉区八幡二丁目10-19