

宮城県看護協会申込書【オンライン用】(様式2)

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		開催日		申込締切	
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
2				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
3				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
4				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
5				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
6				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
7				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
8				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
9				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom
10				助保看准	会員 非会員		集合	Zoom

【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