

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

令和4年 月 日 申込

研修番号		開催日	希望日を記載 (施設内で別日程をご希望の場合は日程毎に申込書を分けてください) 月 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	職能 (○で囲む)	入会 (○で囲む)	県協会会員番号 (6桁)	参加方法 (○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

※ Zoomで受講する場合、接続する端末(パソコン等)の台数を教えてください。

受講者人数 _____ 名

端末(パソコン等)の台数 _____ 台

【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