

2019年度 研修申込用紙

(様式1)

送付先(FAX)： 0263-34-0311 又は郵送

(申込日 月 日)

研修番号	研修名	開催日 月 日
所属施設名		電話
		FAX
看護部責任者	研修担当者名・連絡先(看護部責任者以外の場合記載)	

優先 順位	フリガナ 氏 名	会員 非会員 の記入	県会員番号6ケタ	職種に○印をつけて下さい	備考
1		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
2		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
3		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
4		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
5		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
6		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
7		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
8		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
9		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	
10		会員 非会員		看護職(保・助・看・准) 一般(介護職・他_____)	

- *会員申請中の場合は、県会員番号6ケタの欄に申請中とご記入ください。
- *会費納入が確認できない場合は、会員サービスとしての研修割引は受けられません。
- *備考欄には、受講要件や研修毎の必要事項を記入して下さい。
- *研修計画に「決定通知」を送付する旨が記されていない研修は、申込をすれば受講できます。
- *申込多数の場合は申込用紙の優先順位により調整を行い、受講できない場合のみ連絡をします。

公益社団法人 長野県看護協会