**2019年度　養成研修申込用紙**（様式2）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修番号 | 研修名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設名 |  | TEL |
| FAX |
| フリガナ |  | 看護協会 | 会　員 | 非　会　員 |
| 氏　名 |  | 長野県看護協会会員番号（6ケタ） |
| 勤務場所（例：緩和ケア病棟） | 職　位 | 経験年数(通算) | 職　種 |
|  |  | 年 | 保・助・看 |
| 〈受講動機及び当該領域の実践で困っていること〉 |
| 〈この研修で何を学びたいのか、学習課題〉 |
| 推薦欄（必要時） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(施設の優先順位　　　　　　)（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　を養成研修の受講者として推薦します。　　　　　月　　　日　　　　看護部門の責任者　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**※提出は郵送でお願い致します。**

＊申込期間最終日に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。

公益社団法人　長野県看護協会