

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