（様式8）

**平成27年度 支部研修 申込用紙**

**送付先（FAX）： 0263‐34‐0311**

|  |
| --- |
| **支部名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**研修番号　【　　　　―　　　　】****開催日**　　　　　　　　　　**年　　 月　　 日** |
| **研修名** |
| **開催日****年　　　　月　　　　日** | **申込担当者** |
| **所属施設名****電話番号**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　　　名 | 27年度長野県看護協会の会員か否か○印をする | 職種に○印をつけて下さい |
| **1** |  | 会員 | 非会員 | 看護職　　　・　　　一般（職種：　　　　　　） |
| **2** |  | 会員 | 非会員 | 看護職　　　・　　　一般（職種：　　　　　　） |
| **3** |  | 会員 | 非会員 | 看護職　　　・　　　一般（職種：　　　　　　） |
| **4** |  | 会員 | 非会員 | 看護職　　　・　　　一般（職種：　　　　　　） |
| **5** |  | 会員 | 非会員 | 看護職　　　・　　　一般（職種：　　　　　　） |
| **6** |  | 会員 | 非会員 | 看護職　　　・　　　一般（職種：　　　　　　） |
| **7** |  | 会員 | 非会員 | 看護職　　　・　　　一般（職種：　　　　　　） |