(様式１)

**2019年度 研修申込用紙**

**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