

2020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
施設住所 (個人申込の場合は自宅住所)	〒				
フリガナ		日本看護協会	会 員	非会員	
氏 名		日本看護協会 会員番号(8ケタ)			
		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。