

宮城県看護協会研修申込書(様式1)

受付番号 (協会使用欄)

(施設ごとにまとめて申し込んでください。添書は不要です)

平成 年 月 日 申込

研修 番号	2410 ①	開 催 日	仙台 平成30年6月7日(木)～9日(土)3日間				①～③のうち該当 する番号に○を つけてください			
	2410 ②		仙台 平成30年8月2日(木)～4日(土)3日間							
	2420 ③		大崎 平成30年9月4日(火)～6日(木)3日間							
研修名	看護職員認知症対応力向上研修									
所属 施設名						施設 番号				
申込責任者 氏名	(ご自身も受講希望の場合は下記受講者名簿にも記入してください)									
住所	〒									
電話 番号						FAX番号				
受講修了者所属病院(施設)名公表 ④					どちらかに○を つけてください		同意する	同意しない		
※本研修は公表を前提としております。 「同意しない」場合にはその理由をお聞かせください。										
番号	受講者名 ⑤	生年月日 ⑥	職 位	経験 年数	職 能 (○で囲む)	入 会 (○で囲む) 会 員 非 会 員	県協会会員番号 (6桁)			
1		昭和 平成 年 月 日			保 助 看 准	会 員 非 会 員				
2		昭和 平成 年 月 日			保 助 看 准	会 員 非 会 員				
3		昭和 平成 年 月 日			保 助 看 准	会 員 非 会 員				
4		昭和 平成 年 月 日			保 助 看 准	会 員 非 会 員				
5		昭和 平成 年 月 日			保 助 看 准	会 員 非 会 員				

公益社団法人宮城県看護協会

【記載上の留意事項】

- ④「受講修了者所属施設名公表」の「同意する・同意しない」を記載の上、「同意しない」場合はその理由をお書きください。
- ⑤「受講者名」は略字等ではなく正確にお書きください。
- ⑥「生年月日」は必ずお書きください。

【申込方法・申込先】

郵送で下記あて申してください。

〒 980-0871 仙台市青葉区八幡二丁目10-19

宮城県看護協会教育部

申込締切: ①平成30年5月8日(火)必着
 ②平成30年7月1日(日)必着
 ③平成30年8月1日(水)必着